MEDU MEDICI PER I DIRITTI UMANI

IL CASO CUCCHI

Un’indagine medica indipendente

OTTOBRE 2015

Autori:
Dott. Alberto Barbieri (Medici per i Diritti Umani, Roma), **Dott. Massimiliano Aragona** (Docente di Psicopatologia Fenomenologica presso la 2° Scuola di Specializzazione in Psichiatria, Sapienza Università di Roma)

Un sincero ringraziamento alla famiglia Cucchi e all'avvocato Fabio Anselmo per la documentazione fornita; a Patrizio Gonnella e Susanna Marietti per il sostegno costante; a Giovanni Liotti per il dialogo prezioso.

Ottobre 2015
Medici per i Diritti Umani onlus
Via dei Zeno 10
00176 Roma
info@mediciperidirittiumani.org
www.mediciperidirittiumani.org

Con il sostegno di:

OPEN SOCIETY FOUNDATIONS

INDICE

Introduzione 5

Ricostruzione cronologica degli eventi 7

I processi 13

Il quadro traumatico 14

Le cause della morte 32

Un caso di tortura ? 40

Il trauma psicologico e le sue conseguenze 42

- Il trauma 42
- Fattori traumatogeni 44
- Sintomi da stress post-traumatico 48
- Diagnosi 63
- La riduzione dell'apporto alimentare 64

Conclusioni 71

Bibliografia 74

INTRODUZIONE

"Non è accettabile, dal punto di vista sociale e civile prima ancora che giuridico, che una persona muoia, non per cause naturali, mentre è affidata alla responsabilità degli organi dello Stato". Con queste parole Giuseppe Pignatone, procuratore della Repubblica di Roma, ha commentato il *caso Cucchi* a pochi giorni della sentenza della Corte d'Appello che cinque anni dopo ha assolto tutti gli imputati nel processo per la morte di Stefano Cucchi, 31 anni, avvenuta il 22 ottobre 2009 nel reparto carcerario dell'ospedale Pertini di Roma.

Inaccettabile, certamente. Ma c'è un aspetto più profondo, un'inquietudine, che pervade una vicenda emblematica nel mettere a nudo alcune gravi criticità del sistema penale italiano: l'elevato numero di persone che ogni anno muoiono in carcere (57 detenuti morti nei primi sei mesi del 2015, dei quali 24 suicidi[1]); gli atti di violenza compiuti dalle forze di polizia e le difficoltà, tanto ad accertare le responsabilità individuali, quanto a erogare le conseguenti sanzioni penali; la mancanza di una legge che preveda il reato di tortura; il mancato accesso a cure adeguate per i detenuti.

Un'inquietudine doppia dovremmo dire.

Da una parte per il fatto stesso che una tale vicenda sia potuta accadere, oggi, a Roma, in Italia. Per il fatto, che in sei giorni si sia compiuta la demolizione di un essere umano mentre questi era affidato "alla responsabilità degli organi dello Stato". Come ha osservato Luigi Manconi, presidente della Commissione diritti umani del Senato, "nel corso di una lunghissima settimana, Cucchi ha conosciuto e attraversato dodici diversi luoghi, corrispondenti ad altrettanti istituti e strutture statuali (due caserme dei carabinieri, celle di sicurezza e aula di un tribunale, infermerie e stanze di pronto soccorso, prigione e reparto detentivo)".

Dall'altra perché ad oggi non è stato possibile fare luce su quanto accaduto, perché i processi celebrati non sono stati in grado di dirci perché Stefano Cucchi è morto e se qualcuno è stato responsabile di questa morte.

Medici per i Diritti Umani (MEDU) è un'organizzazione umanitaria indipendente che nella sua esperienza ha prestato assistenza sanitaria a centinaia di migranti e rifugiati che mentre si trovavano in stato di detenzione nel loro paese o durante la rotta migratoria sono stati vittime di violenza e trattamenti inumani e degradanti. In questa prospettiva, MEDU ha ritenuto coerente e necessario occuparsi di un *caso italiano* come quello di Stefano Cucchi che in una sola vicenda riassume i troppi nodi irrisolti riguardanti la tutela dei diritti fondamentali di coloro che sono privati della libertà personale nel nostro paese.

A pochi giorni dalla morte, la famiglia decide di rendere pubbliche le foto del cadavere di Stefano all'obitorio, un corpo di una spaventosa magrezza, segnato da numerose lesioni, particolarmente evidenti al volto. Ed in effetti tra le poche cose su cui è stato raggiunto un ampio consenso tra le numerose consulenze tecniche, perizie ed indagini che si sono succedute in questi anni, queste sono proprio *la sussistenza delle lesioni traumatiche* e *le condizioni di grave deperimento* in cui versava Stefano Cucchi al

[1] Osservatorio Ristretti Orizzonti

momento della morte. Divergenti sono invece le conclusioni riguardanti l'entità delle lesioni traumatiche riportate dal detenuto, in particolar modo alla colonna vertebrale, e l'eventuale valenza causale delle stesse lesioni nel determinismo della morte.
Per quanto riguarda l'origine del quadro traumatico, le motivazioni della sentenza di appello sembrano finalmente ratificare una verità processuale decisiva nel momento in cui affermano che tali lesioni "debbono essere necessariamente collegate ad un'azione di percosse; e, comunque, ad un'azione volontaria" avvenuta dopo l'arresto.

Nello specifico, questa indagine medica sulla morte di Stefano Cucchi - che non è una consulenza di parte ma un lavoro realizzato in assoluta indipendenza - non si pone l'obiettivo di indagare ulteriormente le contrastanti ipotesi pro e contro l'esistenza di un nesso causale tra trauma e decesso già ampiamente dibattute nel corso dei due processi, quanto piuttosto lo scopo di analizzare eventuali quadri clinici che abbiano avuto una rilevanza nella tragica vicenda e nella morte di Stefano Cucchi e che non siano ancora stati presi in considerazione.
Se infatti nel corso dei due processi, sono state analizzate minuziosamente le possibili cause e le conseguenze delle lesioni traumatiche subite da Cucchi e con altrettanta attenzione sono stati presi in considerazione gli altri possibili quadri patologici di natura organica, né le numerose consulenze né la stessa perizia disposta dalla Corte d'Assise hanno in alcun modo indagato il quadro psichico del paziente.
Con questa indagine, abbiamo dunque ritenuto necessario verificare se accanto alle evidenti lesioni fisiche, vi siano state conseguenze psicologiche al trauma e se un eventuale quadro sintomatico indotto dal trauma psichico abbia influito significativamente sul decorso evolutivo che ha portato alla morte di Stefano Cucchi.
L'indagine si basa sullo studio e l'analisi della documentazione processuale tra cui deposizioni, perizia, consulenze, documentazione sanitaria, memorie, motivazioni delle sentenze. E' stata inoltre analizzata la documentazione della Commissione parlamentare di inchiesta. Nella ricostruzione della storia clinica di Stefano Cucchi sono stati ascoltati i familiari (i genitori e la sorella) ed alcuni operatori socio-sanitari della Comunità Ceis che hanno seguito il paziente durante il percorso riabilitativo dalla tossicodipendenza.
Dalla narrazione cronologica degli eventi all'analisi delle conseguenze fisiche e psichiche del trauma, dalla riflessione sulla natura degli atti violenti alle considerazioni sulle causa della morte, questa indagine cerca di restituire una ricostruzione dei fatti compatibile tanto con la logica clinica quanto con la verità "umanamente accertabile e umanamente accettabile" del caso Cucchi.

CAPITOLO 1

RICOSTRUZIONE CRONOLOGICA DEGLI EVENTI

Stefano Cucchi viene arrestato dai carabinieri alle 23.30 del 15 ottobre 2009, in zona Appio Claudio a Roma, con l'accusa di cessione di sostanze stupefacenti[2] e condotto presso la Stazione Carabinieri Roma Appia. In seguito Cucchi viene accompagnato da un pattuglia presso la casa dei genitori per una perquisizione che ha luogo tra le ore 1.30 e 2.00 del 16 ottobre. La perquisizione domiciliare ha esito negativo e Stefano viene riportato alla caserma della stazione Appia. Cucchi viene poi trasferito alla caserma di Tor Sapienza poiché la stazione Appia è priva di camere di sicurezza e non è operativa "h24".

Verso le 4.30 il carabiniere di guardia chiama l'ambulanza poiché secondo quanto da lui stesso dichiarato, l'arrestato "*accusava dei malori alla testa, …aveva freddo e …diceva di soffrire di attacchi di epilessia".*

Una volta giunto il personale del 118, Cucchi rifiuta di farsi visitare (rimanendo tutto il tempo sotto le coperte del proprio giaciglio con le spalle rivolte verso il muro) e rifiuta il ricovero in ospedale.

La mattina del 16 ottobre Cucchi viene prelevato da una nuova pattuglia (pattuglia mobile di zona Casilina) e trasferito presso il tribunale di Piazzale Clodio per l'udienza di convalida dell'arresto. All'arrivo a Piazzale Clodio, Cucchi viene portato nelle celle ubicate nei sotterranei del tribunale in attesa dell'udienza. L'udienza di convalida ha luogo tra le 12.35 e le 13.15. Cucchi - che dalla registrazione audio manifesta una certa difficoltà nell'eloquio e per questo si scusa con il giudice ("non riesco a parlare bene") - si dichiara tossicodipendente. Si dichiara inoltre "innocente per quanto riguarda lo spaccio" ma "colpevole per quanto riguarda la detenzione per uso personale" di sostanze stupefacenti. Afferma di essere stato seguito per il suo stato di tossicodipendenza dal Sert di Torpignattara, da Villa Maraini e dalla comunità Ceis. Terminata l'udienza, Cucchi viene ricondotto nelle celle del tribunale dove viene compilato il verbale di consegna dell'arrestato alla Polizia Penitenziaria.

Al rientro in cella dopo la convalida, intorno alle 14.00, Cucchi viene visitato dal medico dell'ambulatorio della città giudiziaria di piazzale Clodio. Il certificato rilasciato dal medico, dottor Ferri, recita quanto segue: *"Alle h. 14,05 si assiste all'assunzione di "Rivotril" compresse, 2 mg, una compressa. Riferisce anche di assumere "Gabapentin". Si rilevano lesioni ecchimotiche in regione palpebrale inferiore*

[2] A seguito della perquisizione personale effettuata in caserma, Cucchi veniva trovato in possesso di " n. 12 pezzi di varia grandezza di sostanza stupefacente poi risultata hashish; n. 1 "canna" di hashish già confezionata, (per un totale di n. 54 singole dosi medie d'uso di hashish); n. 3 confezioni in cellophane termosaldate di sostanza stupefacente poi risultata cocaina, (per un totale di n. 3-4 singole dosi medie d'uso); n. 2 pasticche poi risultate: una, composta da solo materiale inerte e l'altra, composta da un tipo benzodiazepina commerciata come farmaco con la denominazione di "Rivotril". (Motivazioni della sentenza di primo grado, pag. 1).

bilateralmente di lieve entità e colorito purpureo. Riferisce dolore e lesioni anche alle regioni del rachide e agli arti inferiori, ma rifiuta anche l'ispezione. Evasivamente riferisce caduta per le scale avvenuta ieri".

Dopo la visita medica, intorno alle h. 15,00, Cucchi, viene portato nell'edificio "A", (nelle cui prospicenze stazionano i mezzi dell'amministrazione adibiti al trasporto dei detenuti nell'istituto di destinazione) e affidato agli agenti del Nucleo Traduzioni e Piantonamenti, per essere condotto a Regina Coeli.

Cucchi, arrivato a Regina Coeli alle h. 15,45, dopo essere passato all'accettazione presso l'Ufficio Matricola giunge all'Ufficio Casellario dove l'agente di turno procede, a sua volta, alla perquisizione e alla presa in carico degli oggetti personali.

Cucchi effettua poi la visita medica cui vengono sottoposti i *"nuovi giunti"* prima di essere avviati in Sezione; senonché il medico che lo visita (Rolando Degli Angioli), alle h. 16,35 stila un certificato che ne dispone la visita ambulatoriale esterna con urgenza. Il dottor Degli Angioli riporta sul certificato quanto segue: *"Roma 16/10/2009, ore 16,35 Nuovi Giunti Urgente art. 17 Ordinamento Penitenziario. Cognome: Cucchi, nome: Stefano, Sezione: Nuovi Giunti. Alla visita Nuovi Giunti il detenuto riferisce 'caduta accidentale ieri dalle scale'. Presente ecchimosi sacrale coccigea, tumefazione del volto bilaterale periorbitaria, algia della deambulazione arti inferiori. Pressione arteriosa: 90/60, frequenza cardiaca: 60 ritmico apiretico. Riferisce senso di nausea ed astenia. Si richiede RX cranio, si richiedono esami RX regione sacrale, non effettuabili nel pomeriggio in Istituto, visita neurologica. Diagnosi: lesioni ecchimotiche di natura da determinare. Indicazioni della sede di ricovero: Pronto Soccorso Ospedale Fatebenefratelli. Mezzo comune: no. Ambulanza: Sì, convenzionata.* Vengono altresì rilevati il peso (52kg) e l'altezza (168 cm) del detenuto. Contrariamente a quanto previsto dalla procedura di routine, Stefano Cucchi è l'unico tra i nuovi giunti di quel giorno a non venire sottoposto alla visita psicologica di ingresso.

Il certificato stilato dal dottor Degli Angioli viene lasciato sul tavolo dell'agente Furiglio che intorno alle h. 17,00/17,30 ne prende visione ed allerta l'Ispettore di Sorveglianza (Michele Fiore), competente per la predisposizione della scorta per l'ambulanza; detta scorta si rende disponibile per le h. 18,00 circa, (poiché contemporaneamente c'era stato un altro detenuto da mandare in urgenza al Pronto Soccorso), ma l'ambulanza arriva soltanto alle h. 19,30. Finalmente, alle 19.50 Cucchi parte per il Pronto Soccorso dell'Ospedale Fatebenefratelli, trasportato a bordo dell'ambulanza, dove giunge alle ore 20 del 16 ottobre. All'ospedale viene eseguita una radiografia della colonna che evidenzia una frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e una frattura della I vertebra coccigea. All'esame obiettivo il paziente presenta dolore acuto alla palpazione a livello della regione sacrale e assenza di deficit neurologici focali. Stefano rifiuta il ricovero e ritorna pertanto a Regina Coeli verso le 23. Alle 23.20 viene annotato sul suo diario clinico: *"Rientra dal P.S Fatebenefratelli Isola Tiberina dove rifiuta ricovero. Riferisce morbo celiaco e microcitemia. Rif. TD eroina e cannabinoidi. Saltuariamente cocaina. Riferisce crisi comiziali. Riferisce terapia con Gabapentin e Rivotril"*. Il medico di turno, presa visione della documentazione sanitaria del Fatebenefratelli e del rifiuto al ricovero di

Cucchi, ne dispone l'immediato trasferimento, a mezzo barella, posto che il detenuto lamenta forti dolori alla schiena, presso il Centro Clinico del penitenziario.
Verso le 11 del 17 ottobre il dottor Gianluca Piccirillo, medico di guardia del Centro Clinico di Regina Coeli, viene chiamato dall'infermiera della Sezione, (Griselda Olivares), perché Cucchi lamenta nausea e dolenzia diffusa, brividi di freddo, ma non febbre, e dice di non potersi alzare per il gran dolore. Il dottore gli chiede come mai ha rifiutato il ricovero la sera prima, ma lui *"era come se non volesse parlare",* chiede un antidolorifico, (gli viene poi somministrata una fiala di "Toradol" dal dottor Pitillo, anch'egli in servizio quella mattina); alla fine ammette di aver rifiutato il ricovero perché in Ospedale non si può fumare. Il dottor Piccirillo e il dottor Pitillo, rivalutata congiuntamente la situazione, concordano per tentare nuovamente il ricovero ospedaliero del paziente, ma questa volta previamente accertandosi che egli acconsenta.
Stefano viene quindi di nuovo portato in ambulanza all'Ospedale Fatebenefratelli in preda a forti dolori alla schiena. Presso il Pronto Soccorso gli viene applicato un catetere poiché presenta difficoltà ad urinare (al posizionamento del catetere fuoriescono 400 cc di urina limpida) e dopo alcuni iniziali resistenze si convince ad accettare il ricovero anche per l'aggravato persistere del dolore.
Poiché il Fatebenefratelli non ha posti disponibili, viene dunque inoltrata la richiesta di ricovero a tutti gli Ospedali di Roma, come da prassi, ma questa volta nessuno ha un posto-letto libero, tranne la Struttura Protetta, (così chiamata perché ospita soltanto detenuti), dell'Ospedale Sandro Pertini, per fare ingresso nella quale manca tuttavia un'autorizzazione dell'Amministrazione Penitenziaria, che tarda a pervenire per la difficoltà di reperire personale negli uffici stante l'ora tarda, (si sono fatte nel frattempo le h. 14), e la giornata di sabato.
Per quanto riguarda gli accertamenti che gli ha fatto il medico di guardia del Fatebenefratelli (dottor Bastianelli), preso atto, per quanto detto dallo stesso paziente, che il dolore è diventato importante, le sue condizioni generali sono per il resto stazionarie, viene eseguito un emocromo, posto in indicazione dall'ortopedico, che registra un decremento dell'emoglobina; le altre analisi mostrano inoltre un lieve aumento dell'azotemia; il paziente non lamenta deficit neurologici.
Alle 19 circa del 17 ottobre perviene al Fatebenefratelli l'autorizzazione del competente ufficio dell'Amministrazione Penitenziaria e Cucchi viene trasferito a mezzo ambulanza e scortato dagli agenti di polizia penitenziaria nella Struttura Protetta dell'Ospedale Pertini dove viene preso in carico, alle h. 19,40 circa, unitamente alla documentazione sanitaria rilasciata dal Fatebenefratelli dagli agenti Salvatore Angelo Chessa, e Biagio Carletta che informano sommariamente il detenuto sulle regole della struttura: si può fumare solo dalle h. 13,00 alle h. 22,00; si sta chiusi in stanza come in cella e non c'è il passeggio.
Cucchi, essendo "*barellato*", in esito alle disposizioni impartite dalla dottoressa Caponetti, alle h. 19,45 viene accompagnato direttamente al piano di degenza dove l'infermiere (Domenico Lo Bianco), procede alla raccolta dei dati da trascrivere sulla cartella infermieristica. Cucchi viene poi sottoposto ad elettrocardiogramma (ECG), che risulta incompleto (mancano le derivazioni precordiali VI e V6): da esso si rileva la presenza di un ritmo atriale basso, o giunzionale, alla frequenza di 46 bpm; intervallo

QT di 436 msec (QTc 381 msec). L'ECG viene ripetuto pochi minuti dopo (alle ore 20:36) (è ancora incompleto: vi sono solo le derivazioni periferiche) e risulta sostanzialmente sovrapponibile al precedente (ritmo atriale basso o giunzionale a 42 bprn; QT 452 msec QTc 378 msec).

Nella cartella clinica del Pertini si legge nell'anamnesi patologica remota: "*Uso di cannabinoidi dall'età di 12 anni ed in seguito di cocaina ed eroina…Crisi epilettiche dall'età di 18 anni in terapia. Riferisce morbo celiaco diagnosticato circa due settimane fa*". Vengono inoltre rilevate le abitudini tabagistiche (20 sigarette al giorno) e l'assunzione di caffè (7-8 tazzine/die) del paziente. La perizia disposta dalla Corte d'Assise documenterà in seguito "17 accessi a PS per svariati motivi (traumi, contusioni, ferite da taglio lacero-contuse, crisi comiziali da abuso di alcolici, overdose, stato ansioso, ecc.)" nel periodo che va dal dicembre 1999 fino al settembre 2009. L'anamnesi patologica prossima riferisce: "*Trasferito dall'Ospedale Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina dove è stato condotto in seguito a nausea e dolenzia diffusa e ……in regione sacroilica (il paziente riferisce caduta accidentale avvenuta in data 30/09/09). Presso il PS del Fatebenfratelli ha effettuato videat neurologico: non impaccio motorio né disturbi della sensibilità. Rx colonna L-S e sacro coccigea: frattura del corpo vertebrale di L3 sull'emisoma sinistro e frattura della 1° vertebra coccigea. Videat ortopedico: risposo a letto, osservazione e controllo seriato dell'emocromo*".

All'esame obiettivo viene rilevato uno stato di nutrizione "*discreto*", un sottocutaneo "*iporappresentato*", un apparato muscolare "*tonico, trofico*". Al capo vengono rilevate "ecchimosi palpebrali bilaterali superiori e inferiori". Si riscontra una schiena "dolente in sede lombo-sacrale e coccigea" e non viene segnalato il posizionamento del catetere vescicale.

Nella cartella infermieristica viene annotata la frequenza cardiaca bradicardica (46 bpm). Nell'indice di Braden compilato nella stessa cartella si rileva tra l'altro il criterio "Nutrizione" annotato nel caso di Cucchi come "eccellente".

Nel diario clinico del 18 ottobre si legge: *"Paziente molto polemico. Si gira con la testa mantenendo la posizione prona. Si convince a farsi visitare ma è comunque scarsamente collaborante. Presenta verosimile ematoma regione glutea sinistra. Vistoso ematoma ed ecchimosi periorbitaria sinistra. Rifiuta di continuare a parlare. Rifiuta elastomero. Proseguire contramal 1 fl al bisogno im. Impossibile proseguire la visita. Nel pomeriggio ripete emocromo".*

Nel diario infermieristico si legge che il paziente *"non ha cenato".*

Gli esami ematici del 19 ottobre rilevano una severa ipoglicemia di 40 mg/dl (valori di riferimento 70-110 mg/dl). I valori ematici dell'urea risultano anch'essi alterati (161 mg/dl a fronte di valori di riferimento di 60-110 mg/dl). La glicemia non viene più rilevata nei giorni seguenti.

Il 19 ottobre, il diario clinico registra due annotazioni. Nella prima si legge: *"paziente non accessibile al colloquio. Rifiuta la visita medica. Si sollecita consulenza ortopedica".* La seconda annotazione si riferisce alla consulenza ortopedica: *"paziente in scadute condizioni generali rispetto all'età. Viva dolorabilità alla digitopressione sul tratto L2-L4 compatibile con diagnosi fratturativa di L3 recente. Algia sacrococcigea*

viva. Paziente in decubito prono coatto. Si consiglia esecuzione di rx del tratto lombare mirata su L3 e del bacino +sacro". Eventuale approfondimento TC lombare ove esistessero avallamenti e/o scomposizioni. Da rivedere dopo rx…". Lo stesso 19 ottobre Cucchi esegue la radiografia della colonna come prescritta dall'ortopedico.

Il 20 ottobre Stefano Cucchi rifiuta una visita oculistica sollecitata dai medici del reparto per la presenza degli ematomi perioculari. Il diario infermieristico riporta che il paziente. *"rifiuta vitto (dieta x celiaci)*". Lo stesso giorno si legge nel diario clinico: *"Rifiuta visita medica riferendo dolorabilità diffusa…rifiuta ECG (bradicardia)."* e poi ancora un'ulteriore annotazione lo stesso giorno: *"Azotemia 61 mg/dl; aumento di amilasi, lipasi, GOT, GPT. Si propone al paziente terapia infusionale con Sol. Fisiologica che il paziente rifiuta. Si raccomanda pertanto idratazione orale (il paziente tuttavia esprime verbalmente disinteresse per le proprie condizioni di salute)…".* Nella notte, Stefano lamenta insonnia e per questo gli viene somministrata terapia ipnoinducente (stilnox). Sempre il giorno 20, Stefano Cucchi scrive di suo pugno una breve lettera destinata ad un operatore della comunità Ceis. Nella missiva si legge: "*Caro Francesco, sono al S.Pertini in stato di arresto, SCUSAMI se ora sono di poche parole, ma sono giù di morale e posso MUOVERMI poco. Volevo sapere se puoi fare qualcosa per me. Adesso ti saluto a te a agli altri operatori. CIAO STEFANO CUCCHI P.S. PER FAVORE ALMENO RISPONDIMI, A PRESTO*".

Gli esami ematici del 21 ottobre rilevano, tra l'altro, un ulteriore incremento dell'urea (183 mg/dl) e un valore alterato della sodiemia (156 mEq/L a fronte di valori di riferimento di 135-145 mEq/L). Anche gli enzimi epatici GOT (270U/I) e GPT (189 U/I) risultano aumentati così come la bilirubina totale (2,34 mg/dl) e diretta (0,54 mg/dl). Il 21 ottobre viene annotata sul diario clinico una nuova consulenza ortopedica: "*Presa visione rx eseguite sacro coccige non apparenti lesioni fratturative. RACHIDE LOMBARE frattura disco somatica L3 (emisoma). Necessita di riposo a letto indifferente posizione per altri 15-20 gg (possibile anche non in ricovero sanitario)…*".

Lo stesso giorno si leggono sul diario inoltre due ulteriori annotazioni. La prima: "Continua a rifiutare terapia idratante per via endovenosa. Rifiuta, inoltre, TC cerebrale ed ECG". La seconda annotazione del giorno è anche l'unica in tutto il diario clinico controfirmata da Stefano Cucchi: *"Visti gli esami ematochimici eseguiti questa mattina, si propone nuovamente al paziente reidratazione endovenosa ma il paziente rifiuta perché vuole parlare prima con il suo avvocato e con l'assistente della comunità Ceis di Roma. Lo stesso rifiuta anche di alimentarsi, come sta facendo dall'ingresso, per lo stesso motivo. Per lo stesso motivo rifiuta anche di effettuare ecografia dell'addome*". Segue la firma di Stefano Cucchi. L'annotazione poi prosegue: "*Il paziente accetta comunque idratazione orale. Ha un atteggiamento oppositivo e diffidente. E' polemico sul vitto che gli viene portato, affermando di non poter mangiare riso, patate e carne in quanto celiaco, come gli sarebbe stato comunicato dal medico che gli ha diagnosticato la malattia. Si cerca di spiegare al paziente che quegli alimenti non sono affatto contenenti glutine e possono essere assunti tranquillamente dai pazienti affetti da celiachia, ma appare diffidente. Si consegna al paziente la lista degli alimenti privi e contenenti glutine, scaricato dal sito dell'associazione italiana celiaci. Predispongo, in*

accordo con il direttore (dott. Fierro) Relazione clinica da inviare domattina al magistrato".

La relazione clinica viene in effetti preparata dalla Dottoressa Corbi il giorno 21, ma non verrà mai inviata al magistrato dal momento che la mattina successiva Stefano Cucchi morirà. Ecco il testo della lettera: "*"... il paziente in oggetto è stato ricoverato presso il nostro reparto in data 17 ottobre u.s., trasferito dall'ospedale Fatebenefratelli di Roma. Presso il suddetto ospedale era stata documentata radiograficamente la presenza di frattura vertebrale L3 e frattura della Ia vertebra coccigea a causa di un trauma. Il paziente è in condizioni generali molto scadute, riferisce di essere affetto da crisi epilettiche, per cui sta effettuando terapia, da malattia celiaca diagnosticata 15 giorni fa e da "anoressia" non meglio specificata. Il signor Cucchi ha un atteggiamento oppositivo, per nulla collaborante e di fatto rifiuta ogni indagine anche non invasiva. Ha rifiutato una visita oculistica che avrebbe dovuto effettuare per la presenza di vistosi ematomi del volto e perioculari e ha rifiutato di sottoporsi ad ecografia dell'addome, proposta per il rialzo dei livelli di transaminasi e bilirubina. Ha inoltre rifiutato espressamente qualsiasi terapia reidratante endovenosa, necessaria per la presenza di un quadro di insufficienza renale da disidratazione e ha affermato anche di rifiutare anche di alimentarsi, accettando di bere liquidi ed assumere la terapia orale, finché non parlerà con il suo avvocato. Quanto sopra per informarLa delle attuali condizioni di salute del paziente e delle difficoltà della gestione clinica. Restiamo a disposizione per ulteriori chiarimenti".* Nel diario infermieristico del 21 ottobre si legge: *"N.B. Non si è alimentato a cena. Segnalare quanta acqua beve e controllare se beve!".*

L'ultima annotazione nel diario clinico di Stefano Cucchi è datato 22 ottobre ore 6.15: "*Vengo chiamata dal personale infermieristico in quanto il paziente non risponde agli stimoli. All'ingresso nella stanza trovo il personale infermieristico che ha già iniziato rianimazione cardiopolmonare. Posizionamento cannula di Mayo. Ossigenoterapia al 100%. Massaggio cardiaco. Posizionamento di monitor ECG che mostra in più derivazioni asistolia. Si prosegue rianimazione cardiopolomonare fino alle ore 6.45. Al monitor persiste asistolia. Si esegue ECG. Si sospendono le manovre rianimatorie. Decesso alle 6.45*".

Nel certificato di morte si legge: "Si certifica che il Sig. Cucchi Stefano, nato a Roma il 01/10/1978, è deceduto per presunta morte naturale in data odierna alle ore 6.45, presso il reparto di Medicina protetta".

Riepilogo degli esami ematici disponibili correlati all'equilibrio idro-elettrolitico ed energetico (da Perizia medica collegiale)

Giorno	Sodio (mEq/L) 135-145	Potassio (mEq/L) 3,5-5,3	Urea (mg/dl) 60-110	Glicemia (mg/dl) 60-110	Osmolarità plasm (300mOsm/L)	Hb (g/dl) >13,5	Ht >35%	Creatinina (mg/dl) <1,3
30/IX*	145	4,5	97	81	299	9,8	28,7	1,13
16/X**						11,6	34,9	
17/X**	151	3,8	77	80	310	9,9	28,9	0,6
18/X						10,7	31,5	
19/X			161	40		11,1	33,9	0,93
20/X								
21/X	156	4,4	183		320	11,8	35,7	0,95
22/X								

*PS S.Camillo Vannini: etanolo 2 mg/dL vn,<0,5; ** PS FBF

CAPITOLO 2

I PROCESSI

Per la morte di Stefano Cucchi vengono rinviate a giudizio dodici persone: tre agenti di polizia penitenziaria (Nicola Minichini, Corrado Santantonio e Antonio Domenici), sei medici dell'ospedale Sandro Pertini (il primario Aldo Fierro e i dirigenti medici Stefania Corbi, Rosita Caponetti, Flaminia Bruno, Luigi Preite De Marchis e Silvia Di Carlo) e tre infermieri (Giuseppe Flauto, Elvira Martelli e Domenico Pepe) dello stesso nosocomio. Per gli agenti di polizia viene formulata l'imputazione di lesioni personali e abuso di autorità mentre tutti i medici vengono rinviati a giudizio per abbandono di persona incapace tranne Rosita Caponetti imputata per abuso d'ufficio e falso ideologico. Anche per gli infermieri l'addebito è abbandono di persona incapace.
Il 5 giugno 2013 la III Corte d'Assise di Roma condanna in primo grado i medici Corbi, Bruno, Preite De Marchis e Di Carlo a un anno e quattro mesi e il primario Fierro a due anni di reclusione per omicidio colposo (con pena sospesa), Rosita Caponetti (medico) a 8 mesi per falso ideologico, mentre assolve i tre infermieri e le tre guardie penitenziarie, i quali, secondo i giudici, non avrebbero in alcun modo contribuito alla morte di Cucchi.
Il 31 ottobre 2014, a seguito di una sentenza della I Corte d'Assise d'appello di Roma, vengono assolti tutti gli imputati, compresi i medici. Contro tale sentenza hanno depositato ricorso in Corte di Cassazione i familiari di Stefano Cucchi e la Procura generale di Roma. La prima udienza dei giudici della Suprema Corte è stata fissata per il 15 dicembre 2015.
Nel gennaio del 2011, con rito abbreviato viene inoltre condannato a due anni di reclusione per falso e abuso d'ufficio, Claudio Marchiandi, direttore dell'ufficio detenuti e del trattamento del Provveditorato regionale dell'amministrazione penitenziaria (Prap). Marchiandi risultava imputato di falso, favoreggiamento e abuso d'ufficio per aver contribuito a falsificare le reali condizioni di Cucchi per consentire il suo ricovero presso la struttura protetta dell'ospedale Pertini e di aver aiutato gli agenti della polizia penitenziaria a eludere le investigazioni. Il funzionario del Prap viene poi assolto in appello "perché il fatto non sussiste" (aprile 2012). In seguito la Corte di Cassazione ha riconosciuto una serie di vizi in alcuni passaggi della sentenza di assoluzione e ha ordinato un nuovo processo davanti a un'altra sezione della Corte d'Appello di Roma. L'inizio del dibattimento è previsto nel gennaio 2016.

CAPITOLO 3

Il QUADRO TRAUMATICO

Il primo elemento che appare con chiarezza dall'esame dibattimentale, già nel processo di primo grado, è che al momento dell'arresto, avvenuto il 15 ottobre alle 23.30, Stefano Cucchi non presentava le lesioni traumatiche che poi saranno motivo del suo invio al Pronto Soccorso del Fatebenefratelli e successivamente del ricovero presso la Struttura protetta dell'ospedale Pertini. A questo proposito sono significative sia la deposizione del maresciallo Mandolini, comandante della stazione dei carabinieri dove viene condotto Stefano Cucchi subito dopo il suo arresto:

> Ciononostante – a dire del maresciallo Mandolini – *"il signor Cucchi era una persona tranquilla, spiritosa, anche abbastanza … e abbiamo fatto anche quattro chiacchiere insieme del … cioè l'episodio che era successo e quant'altro"; "quindi posso soltanto dire che era abbastanza tranquillo, si … si è anche scherzato, aveva anche dei tratti molto spiritosi, con un linguaggio romanesco simpatico insomma",* (cfr. pp. 8/9 trascrizioni 28/4/2011). In ordine al suo aspetto fisico, le uniche particolarità evidenti, la sua magrezza e le occhiaie marroni, (secondo il Mandolini non dissimili da quelle visibili sulla fotografia scattatagli il giorno seguente all'ingresso di Regina Coeli, cfr. p. 38, così anche Tedesco), ne rendevano palese lo stato di tossicodipendente da lunga data, tuttavia – a dire del carabiniere Aristodemo –, (cfr. p. 127 trascrizioni udienza 28/4/2011), il Cucchi, quando lo aveva visto lui, *"non era così gonfio e rosso"* come appariva dalla foto di ingresso a Regina Coeli. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 2)*

sia dei genitori che vedono Stefano in occasione della perquisizione domiciliare, eseguita intorno all'1.30 di notte del 16 ottobre:

> riguardo alle sue condizioni fisiche, Cucchi non aveva detto nulla di particolare ai suoi genitori, né costoro avevano rilevato alcunchè in merito, (cfr. deposizione m.llo Speranza, p.131 trascrizioni 28/4/2011). Il padre del ragazzo, Giovanni, (sentito all'udienza del 16/5/2011, pp. 86/140 trascrizioni), ha dichiarato che la sera della perquisizione "Stefano era perfetto, era normale", (cfr. pp. 91 e 107 trascrizioni 16/5/2011); analoghe dichiarazioni ha reso la madre Calore Rita; (cfr. p. 144 trascrizioni udienza 16/5/2011: "*PM: quando lei lo ha visto il giorno della perquisizione, cioè la sera, la notte della perquisizione, stava bene? DICH. CALORE: benissimo. PM: camminava normalmente? DICH. CALORE: tranquillo, come lo avevo lasciato dopo cena, stava benissimo. PM: aveva dei segni particolari sul volto? DICH. CALORE: no, assolutamente, assolutamente no".*) *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 3)*

Secondo la perizia medico-legale disposta dalla III Corte d'Assise di Roma in occasione del processo di primo grado, le lesioni da azione contusiva a maggior valenza traumatica rinvenute sul corpo di Stefano Cucchi e occorse con certezza successivamente all'arresto sono tre: al capo - in regione frontale sinistra e parieto-temporale destra - e in regione sacrale:

> *Pertanto le uniche sedi mostranti lesioni contusive certamente attribuibili ad un evento contusivo violento avvenuto tra l'arresto e il ricovero, e con caratteri riconducibili a dinamiche lesive di una certa importanza, sono il capo e il sacro. (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 104)*

> *Identificate le tre sedi certamente di interesse (sacro, regione frontale sinistra e parietale destra) va commentata la modalità di produzione nonché la dinamica lesiva alla fonte di questo quadro, vale a dire se tali lesioni siano state prodotte da un evento accidentale o da terzi. (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 104)*

La perizia esclude invece che la frattura alla terza vertebre lombare (L3), evidenziata dalle due radiografie effettuate al Fatebenefratelli e al Pertini, fosse recente:

> In definitiva, gli esami radiografici e microscopici permettono di concludere, ed in maniera univoca, che non vi sono fratture vitali o recenti sulla terza vertebra lombare. *(Perizia medico-legale, pag.78)*

Del tutto divergenti sono le conclusioni dei consulenti tecnici delle parti civili, nettamente a favore di un interessamento traumatico recente di L3:

> *In sintesi: Lo studio radiologico della colonna vertebrale del tratto lombare dimostra la frattura del corpo vertebrale di L3 che appare ridotto in altezza con cedimento della limitante somatica e avvallamento del suo profilo nella parte superiore di sinistra. (Conclusioni dei consulenti tecnici delle parti civili, Motivazioni sentenza primo grado, pag. 89)*

> Presenza di frattura cronica consolidata del corpo vertebrale L3. Allo stesso tempo vi è presente una frattura acuta moderatamente dislocata dell'angolo superiore posteriore dello stesso corpo vertebrale *(Second opinion su un dossier di immagini, Memoria Cucchi, Avvocati Anselmo e Pisa, pag.215)*

In ogni modo, ai fini della trattazione che segue, prenderemo in considerazione le lesioni su cui esiste un indiscusso consenso, ossia, le due presenti al livello del capo e quella sacrale. Dal punto di vista della perizia medico-legale tali lesioni sono compatibili sia con un evento accidentale sia con una violenza subita da terzi:.

> *In definitiva il quadro traumatico osservato si accorda sia con un'aggressione, sia con una caduta accidentale, né vi sono elementi che*

> *facciano propendere per l'una piuttosto che per l'altra dinamica lesiva.* *(Perizia medico-legale, pag.168)*

A questo punto sappiamo con certezza che Stefano Cucchi ha subito dopo il suo arresto (ore 23.30 del 15 ottobre) e prima della visita medica effettuata alla città giudiziaria di Piazzale Clodio il 16 ottobre alle ore 14, almeno tre lesioni traumatiche maggiori - di natura da determinare - localizzate al capo e al sacro.
Il quesito successivo che ci poniamo è dunque questo: i traumi lesivi sono stati provocati in modo accidentale ovvero sono stati inferti ? Ebbene, la ricostruzione degli eventi effettuata in fase dibattimentale sia nel processo di primo grado che nel processo d'appello, porta ad escludere al di là di ogni ragionevole dubbio la natura accidentale dei traumi subiti da Stefano Cucchi. Ed in effetti, **le Motivazioni della sentenza d'appello danno per accertato un punto fondamentale, e cioè che Cucchi è stato vittima di violenza intenzionale mentre si trovava in stato di detenzione**:

> le lesioni subite dal Cucchi debbono essere necessariamente collegate ad un'azione di percosse; e, comunque, ad un'azione volontaria, che può essere consistita anche in una semplice spinta, che abbia provocato la caduta a terra, con impatto sia del coccige che della testa contro una parete o contro il pavimento. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 28)*

"Azione di percosse" dunque, o comunque "azione volontaria" anche se la Corte non esclude possa essersi trattato di una "semplice spinta". *Spinta*, aggiungiamo noi, che avrebbe dovuto essere di intensità e violenza fuori dal comune data la gravità dei traumi e la particolare localizzazione delle sedi anatomiche lesionate: una parte destra e una parte sinistra della testa e il fondo della schiena.

Se andiamo poi ad esaminare le spiegazioni in merito all'origine dei traumi fornite in diverse circostanze da Stefano Cucchi esse appaiono evasive e contraddittorie. Al carabiniere che viene a prelevarlo alla caserma di Tor Sapienza il 16 mattina, Stefano riferisce di aver litigato con degli amici:

> *DICH. SCHIRONE: no, mi ricordo solo appunto che mi disse che era intervenuta l'autoambulanza, che lo stesso comunque all'interno della cella diede un po' di ... in escandescenza, basta. A quel punto svegliato... svegliato il Cucchi, lo guardai un attimo e dissi: "ma... ma che hai fatto?" e lo stesso mi disse: "no no, amici miei, amici miei", basta. Poi mi disse... ha aggiunto inoltre che dovevamo assumere una compressa perché era ... era epilettico, al che avendo persone in famiglia che soffrono della stessa malattia, gli ho chiesto se volesse andare in ospedale e non a Piazzale Clodio, gli ho detto: "io ti porto all'ospedale, ti mando all'ospedale, così pigli tutto quello che devi prendere, a Piazzale Clodio ci pensiamo dopo" e lo stesso mi disse: "no no, andiamo, andiamo".*
> [……
> …..]
> *PM: quindi quando il Cucchi le rispose "amici miei", lei insistette per chiedergli quando è successo, cosa è successo, come mai?*

> *DICH. SCHIRONE: guardi, non ho insistito, però se non ricordo male mi disse: "ieri degli ami … ho litigato con degli amici". (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 10)*

La stessa mattina del 16 ottobre a un altro carabiniere della stessa pattuglia riferisce di essere caduto dalle scale:

> Le dichiarazioni al riguardo rese dal carabiniere Schirone trovano conferma in quelle del carabiniere Mollica, quantunque queste ultime siano state oggetto di diverse contestazioni da parte del PM, (cfr. p. 55 trascrizioni udienza 23/5/2011):
> *"DICH. MOLLICA:* [……] *Dopo un po'* (Cucchi) *si è alzato a metà, a fatica, e l'ho visto subito in viso che aveva dei … gonfiori intorno agli occhi, mi è venuto subito la domanda se aveva bisogno di un medico e lui ha rifiutato il medico, dopo di che gli ho chiesto come mai aveva questi … questi gonfiori, questi cerchi intorno agli occhi, ben visibili e… e lui mi ha risposto che erano stati dei suoi … dei suoi amici. Allora gli ho detto… gli ho ribadito dicendo: chi? Gli ho detto così e lui ha detto: no, so' caduto dalle scale" (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 10)*

Il teste Samura Yaya, trattenuto nelle celle di sicurezza di Piazzale Clodio insieme a Cucchi, riferisce che Stefano gli avrebbe confidato di essere stato picchiato dalle "guardie":

> Ha poi proseguito narrando che quando egli era tornato dopo la sua convalida era stato messo in una cella insieme a Stefano il quale gli aveva raccontato *"senti, guarda, guardia fare me … è stronzo, picchiato me",* poi si era tirato su fino al ginocchio i pantaloni e gli aveva fatto vedere quello che gli avevano fatto le guardie: *"era tagliato un po' e era rosso", "ho visto che zoppicava, io dovevo andare piano piano perché avevo le manette , però lui (non) poteva andare forte, ho visto che lui era ferito e non poteva andare forte… , andava piano piano perché aveva la ferita … neanche poteva sedere bene, era seduto sempre così perché neanche poteva sedersi"; (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 17)*

Al medico dell'ambulatorio della città giudiziaria di piazzale Clodio, dottor Ferri, Cucchi invece riferisce di nuovo la versione della caduta dalle scale:

> *ho chiesto che cosa fosse successo eccetera, e lui andandosene mi disse che il giorno prima (ndr15 ottobre) era caduto dalle scale, scendendo le scale (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 34)*

Anche all'agente capo La Rosa che lo prende in consegna alla città giudiziaria per essere condotto a Regina Coeli, Cucchi dice di essere caduto dalle scale la notte precedente:

> ancora La Rosa gli chiedeva: *"com'è che stai conciato così?"* ricevendo la seguente risposta: *"stanotte sono caduto dalle scale",* mentre i detenuti presenti commentavano: *"ma quali scale – dice – ha fatto un incontro di pugilato però faceva il sacco anziché il pugile". (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 35)*

All'agente Mastrogiacomo che lo prende in consegna una volta arrivato a Regina Coeli alle 15,45 del 16 ottobre, Stefano racconta una nuova versione fornita di qualche dettaglio; quella del pestaggio da parte dei carabinieri:

> *"gli ho chiesto perché l'avevano arrestato e mi aveva detto che l'avevano fermato con un po' di … roba, così,e che era stato diciamo menato all'atto dell'arresto …. cioè all'inizio ha detto così, i Carabinieri, poi dopo glielo ho richiesto dice: 'all'atto dell'arresto', mi ha detto, queste parole", "che era stato pestato all'atto dell'arresto, sino a che è stato in piedi diciamo, ha … parato qualche colpo e poi per terra non … non si è potuto para', mo da chi e come non lo so" (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 36)*

Con il medico che lo visita all'ingresso di Regina Coeli, dottor Degli Angioli, Cucchi torna alla versione della caduta accidentale dalle scale:

> *"Roma 16/10/2009, ore 16,35 Nuovi Giunti Urgente art. 17 Ordinamento Penitenziario. Cognome: Cucchi, nome: Stefano, Sezione: Nuovi Giunti. Alla visita Nuovi Giunti il detenuto riferisce 'caduta accidentale ieri dalle scale'*. (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 37)

Un altro teste, Alaya Tarek, compagno di cella di Cucchi a Regina Coeli, afferma invece che Stefano gli avrebbe raccontato di essere stato picchiato dai carabinieri durante tutta le notte precedente:

> In proposito, vengono innanzitutto in rilievo le dichiarazioni rese al PM, (e acquisite, con il consenso delle parti, agli atti del dibattimento), da Alaya Tarek, imputato di reato connesso, il quale, all'udienza dell'11/10/2011, si è avvalso della facoltà di non rispondere, (cfr. pp. 54/56 relative trascrizioni). Costui, compagno di cella di Cucchi a Regina Coeli, aveva riferito che la sera in cui Cucchi era entrato nella cella aveva freddo, si sentiva male, aveva gli occhi cerchiati e camminava a fatica, tanto che lui gli aveva chiesto: *"che è successo?"*, ricevendo questa risposta: *"mi hanno riempito di botte, tutta la notte preso botte dai Carabinieri", "ho preso tante botte in Caserma dai Carabinieri"*; Cucchi gli aveva ancora detto di essere stato arrestato per un *"pezzo di fumo". (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 24)*

Giunto per la prima volta al Pronto Soccorso del Fatebenefratelli, Cucchi avrebbe di nuovo parlato di caduta con il medico che lo visita:

> *DICH. CALDERINI: quando entrò nella... nella stanza, gli chiesi che cosa era successo e lui mi disse che era caduto e che lamentava un forte dolore alla schiena. (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 39)*

In occasione del secondo accesso al Pronto Soccorso del Fatebenefratelli, il giorno 17, le deposizioni dei vari testi sono tra loro contrastanti. L'agente di Polizia Penitenziaria Cantone riferisce che Cucchi avrebbe dato la responsabilità delle sue lesioni ai "servitori dello stato", l'altro agente Cucucrachi sostiene che a domanda del medico, Stefano avrebbe detto "no, è successo fuori" mentre lo stesso medico riferisce che Cucchi gli avrebbe detto di essere scivolato senza ulteriori commenti:

> egli avrebbe nella circostanza detto con tono fermo e arrabbiato: *"i servitori dello Stato mi hanno fatto questo",* aggiungendo: *"ne parlerò solo con il mio avvocato", "io accetto tutto, basta che mi fate parlare con il mio avvocato",* precisava tuttavia, riferendosi alla Polizia Penitenziaria: *"io non ce l'ho con voi, so che voi state facendo il vostro lavoro"*), si convinceva finalmente ad accettare il ricovero, anche per l'aggravato persistere del dolore. Nella versione dell'agente Cucurachi, Cucchi, alla domanda del dottor Bastianelli se avesse qualche dichiarazione da fare, rispondeva *"no, è successo fuori, io voglio parlare urgentemente con il mio avvocato"*, (ma il dottor Bastianelli, alla domanda del P.M. *"lei ha chiesto al Cucchi cosa avesse causato queste lesioni?",* si è limitato a rispondere: *"se non vado errato, ne abbiamo parlato rapidamente e mi ha detto di essere scivolato",* omettendo ogni riferimento alla richiesta di un avvocato).*(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 45)*

All'arrivo all'ospedale Pertini, la sera del 17 ottobre, il medico di turno annota nella cartella clinica che il paziente riferisce una caduta accidentale che questa volta risalirebbe addirittura a quasi venti giorni prima:

> "*Trasferito dall'Ospedale Fatebenefratelli dell'Isola Tiberina dove è stato condotto in seguito a nausea e dolenzia diffusa e ……in regione sacroilica (il paziente riferisce caduta accidentale avvenuta in data 30/09/09).(Anamnesi patologica prossima della Cartella clinica Pertini)*

In seguito, durante la degenza al Pertini, l'infermiera Porcelli riferisce che Cucchi avrebbe di nuovo confidato di essere stato picchiato dai carabinieri:

> Secondo la versione della Porcelli, il Cucchi in quell'occasione, (e in un momento in cui si sarebbero assentati tanto il Pepe quanto l'agente di custodia addetto), gli avrebbe riferito che voleva che gli consegnassero le bottigliette chiuse perché non si fidava in quanto era stato picchiato dai Carabinieri. Sempre secondo la Porcelli a quel punto lei l'avrebbe sollecitato a ripetere la frase davanti all'agente di custodia, ma lui si sarebbe

> rifiutato. Di questa singolare circostanza riferitale dal Cucchi non aveva parlato con nessuno.*(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 53)*

Delle differenti versioni rese da Cucchi, dunque, quelle che fanno riferimento ad episodi anteriori all'arresto (caduta accidentale o litigio con "amici") sono palesemente inverosimili, dal momento che è accertato che Stefano non presentava le lesioni traumatiche in questione al momento del fermo. Non si può del resto prendere in considerazione nemmeno l'ipotesi della caduta non provocata successiva all'arresto, ipotesi del resto non considerata né invocata da nessuna delle parti in causa. **E' dunque da ritenersi accertato che le lesioni traumatiche occorse a Stefano Cucchi sono da addebitarsi ad una aggressione subita successivamente all'arresto.** Del resto, dalle deposizione rese durante i processi risulta che Stefano Cucchi ha esplicitamente parlato di un pestaggio ad opera dei carabinieri in almeno tre occasioni mentre altre due volte avrebbe parlato di un aggressione da parte di "guardie" in un caso e di "servitori dello stato" nell'altro.
A proposito delle lesioni subite da Cucchi, sono particolarmente chiare le Motivazioni della sentenza d'appello:

> Ciò posto, a giudizio di questa Corte va scartata l'ipotesi, del resto non considerata neppure in primo grado e da nessuna delle parti invocata, della caduta non provocata, perché una volta iniziate le indagini in relazione ad una ipotesi di aggressione, è logico presumere che tale fatto, con detta ipotesi contrastante, sarebbe immediatamente segnalato da coloro che vi avessero assistito (tenuto conto che il detenuto era stato costantemente tenuto sotto controllo). Va altresì esclusa l'ipotesi che Cucchi potesse essere caduto accidentalmente o percosso da altri, prima di essere sorpreso in flagrante attività di spaccio e tratto in arresto, perché i suoi genitori, che lo avevano visto a cena, poco prima dell'operazione di polizia giudiziaria, si sarebbero accorti, nella successiva perquisizione, eseguita a casa loro alla presenza di Stefano, della condizioni del figlio. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 28)*

Significative in questo senso sono anche le Motivazioni della sentenza di primo grado:

> Passando in rassegna tali elementi estrinseci, per chiarezza espositiva ritiene la Corte che, all'interno della lunga sequenza "arresto-udienza di convalida" che si è più sopra descritta, vadano fissati due punti fermi che si enucleano dalle dichiarazioni della madre e soprattutto del padre di Stefano e che sono i seguenti: 1) il momento della perquisizione domiciliare in cui il giovane non presentava segni di patita violenza; 2) il momento della convalida dell'arresto in cui il giovane presentava evidenti segni di violenza che, tenuto pure conto dei limiti che può avere una riproduzione fotografica, erano quelli rilevabili dalla foto in atti scattata al momento dell'ingresso a Regina Coeli. Più arduo stabilire quali fossero le condizioni del giovane nella fase immediatamente precedente, cioè quando, effettuata la

> perquisizione domiciliare, ancora si trovava nella custodia dei Carabinieri. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 19)*

Accertato dunque che Stefano Cucchi ha subito un'aggressione che gli ha procurato un politrauma al capo e al sacro nelle circa 14 ore che vanno dal suo fermo, la notte del 15 ottobre, e la visita presso l'ambulatorio della città giudiziaria di Piazzale Clodio, nel primo pomeriggio del 16 ottobre, rimane da appurare il luogo e il momento in cui tale violenza è stata messa in atto.
Secondo l'impostazione dei Pubblici Ministeri (condivisa dalla parti civili) del processo di primo grado, il pestaggio subito da Stefano Cucchi si deve far risalire al periodo antecedente all'udienza di convalida e avrebbe dunque avuto luogo nelle celle del tribunale di Piazzale Clodio.

> Al riguardo appaiono di fondamentale importanza le dichiarazioni rese dal detenuto Samura Yaya nel corso dell'incidente probatorio svoltosi il 21 novembre 2009, (versione sostanzialmente conforme, se pur con imprecisioni ed inesattezze, probabilmente dovute ad una mediocre traduzione, a quella fornita al PM in data 3 novembre). *(Motivazioni sentenza primo grado pag. 15)*

Le dichiarazioni rese da Samura Saya possono essere così esposte in sintesi:

> *"io ero proprio ultima cella, però c'era una donna, un uomo e Stefano"* [……
> ……..] *"io ero la terza e Stefano era al primo, quella in mezzo era vuota, non c'era nessuno … il primo era Stefano, il secondo era vuoto e la terza cella c'ero io….. si una cella in mezzo dove non c'era nessuno"*; la cella aveva una *"porta nera, c'era un piccolo finestrino, i finestrini non hanno il vetro, io ero solo dentro mia cella, ero là e ho sentito rumori. C'era il ragazzo e qualcuno dava calci, faceva rumore con i piedi, sentito che ragazzo caduto e stava piangendo. Poi io ho guardato da quel finestrino e visto che loro metteva lui dentro la cella, prima di picchiare a lui, sentito che loro parlavano, però non ho capito lui di che cosa parlava, ma ho capito che la Polizia diceva di entrare dentro e il ragazzo non voleva entrare dentro. Tanto tipo visto che loro parlavano e quello ho sentito. Il ragazzo sempre voleva uscire fuori, ma non so se voleva andare al bagno o voleva andare dal Giudice … no, io non l'ho visto lui, neanche visto sua faccia … no, non ho visto … io ero proprio ultima cella … sentivo qualcuno caduto e piangeva, dopo io andato là a guardare finestrino e ho visto tre persone là, poi loro chiuso la porta."*
> *PM LOY: come erano queste tre persone? Le descriva.*
> *INTERPRETE: solo uno ricordo*
> *PM LOY: come erano vestite?*
> *INTERPRETE: c'era un'uniforme blu, normalmente quelli che aprono le porte della cella, altri due ho visto che andava via".*

[……
……...] *"sentito solo quando lui caduto per terra, ho sentito quando loro dava calci, poi è venuto lui al finestrino e ha chiuso la porta. Due persone andate avanti, una persona è venuta da altra parte".*

Samura ha escluso di avere infilato la testa nel finestrino perché era troppo piccolo precisando di avere solo guardato verso destra dall'interno del finestrino; l'episodio era riferibile a quindici – venti minuti prima della sua convalida; Stefano era stato a sua volta portato su per la sua convalida prima di lui, *("lui è andato prima di me, sentito rumori e non lo so dove portato su, se lui andato su per convalida o è andato al gabinetto però io ricordo che lui è uscito prima di me")*; in ordine alla durata dei fatti il teste ha detto: *"meno di un minuto, tutto è successo in un minuto, meno di un minuto, perché lui è caduto, loro davano i calci, poi stavo guardando e in quel momento ho visto che chiude la porta, tutto in un minuto".*

[…….
……..] *"no in quel momento io ho visto che chiude la porta, quando io ho guardato ho visto che chiudeva la porta"*; ha poi precisato che gli agenti *"parlavano piano piano, no come Stefano piangeva … si, Stefano piangeva forte".* Ha chiarito che quella mattina entrando aveva visto due agenti di custodia: uno era seduto sulla panchina all'ingresso, l'altro era quello che gli aveva aperto la porta; proprio quest'ultimo *"era il gentile"* che aveva dato le sigarette a Stefano quando gliele aveva chieste ed era lo stesso che aveva chiuso la porta della cella di Stefano; era l'unico dei tre che Samura Yaya avrebbe saputo riconoscere, mentre non sapeva dire se quello che stava all'ingresso sulla panchina fosse uno dei tre che aveva dato dei calci: *"no, non ricordo se era uno di questi perché è difficile. Io ricordo lui, lui magari può ricordare gli altri, ma io ricordo lui, infatti io ho parlato con lui"*. Ha poi proseguito narrando che quando egli era tornato dopo la sua convalida era stato messo in una cella insieme a Stefano il quale gli aveva raccontato *"senti, guarda, guardia fare me … è stronzo, picchiato me",* poi si era tirato su fino al ginocchio i pantaloni e gli aveva fatto vedere quello che gli avevano fatto le guardie: *"era tagliato un po' e era rosso", "ho visto che zoppicava, io dovevo andare piano piano perché avevo le manette , però lui (non) poteva andare forte, ho visto che lui era ferito e non poteva andare forte… , andava piano piano perché aveva la ferita … neanche poteva sedere bene, era seduto sempre così perché neanche poteva sedersi";* riferiva di non avere visto né sentito arrivare il dottore; Stefano non gli aveva detto che erano stati i Carabinieri a picchiarlo, né lui glielo aveva chiesto; a specifica domanda:

"*PM LOY: è in grado di riconoscere queste guardie che ha visto dallo spioncino o dalla finestrella?*

INTERPRETE: uno posso identificare, altri due no … perché quando lui ha aperto la porta io ero là e l'ho visto vicino e ho visto che lui apriva la porta e chiudeva la porta". (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 16-17)

Nel processo di primo grado, la Corte ha ritenuto le dichiarazioni di Samura Yaya non attendibili in base a una serie di valutazioni:

> Si tratta di valutarne innanzitutto la intrinseca attendibilità (ndr: le dichiarazioni di Samura Yaya). Al riguardo c'è da dire che durante un sopralluogo effettuato nelle celle sopradescritte in data 21/11/2009, (il cui verbale è stato acquisito alla udienza dell'8/11/2011), alla presenza dei Pubblici Ministeri, di funzionari della Squadra Mobile e dello stesso Samura Yaya, costui, condotto nel corridoio attiguo alle celle, dichiarava di non riconoscere i luoghi in cui era stato detenuto la mattina del 16/10/2009 e di non essere comunque in grado di riconoscere la cella in cui era stato trattenuto, rifiutandosi di sottoscrivere il verbale. Orbene, se pure tale mancato riconoscimento possa essere attribuito al fatto che era la prima volta che veniva arrestato e che dunque non aveva alcuna familiarità con dei luoghi che, forse, per le loro caratteristiche di anonima ordinarietà e di mancanza di oggetti da arredo, non si prestano a colpire la memoria, certamente questo esordio non aiuta a asseverare la credibilità del teste, quantunque si possa, all'opposto, ipotizzare che il Samura Yaya, essendo in quel momento detenuto, avesse qualche remora ad accusare gli agenti di custodia, (alle cui cure era affidato), circostanza peraltro contraddetta dalle sue aperture successive, (le quali però nulla hanno chiarito in merito alle sue iniziali esitazioni). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 18)*

A proposito di queste considerazioni, c'è da osservare che durante un secondo sopralluogo Samura ha riconosciuto i luoghi ed ha fornito una descrizione della sua cella e di quelle ove si trovavano gli altri detenuti. I difensori delle parti civili hanno inoltre dato una plausibile spiegazione al contraddittorio comportamento del teste, sostenendo che Samura, in occasione del primo sopralluogo, fosse intimorito dalla presenza degli agenti di polizia penitenziaria, assenti invece nel secondo accesso[3].

Un'altra considerazione svolta dalla Corte d'Assise in primo grado è stata la seguente:

> E' vero che, secondo l'accusa pubblica e privata, egli non aveva alcun interesse a mentire accusando falsamente gli agenti di custodia, ma occorre comunque tenere conto della possibilità che su di lui abbia influito, sia pure in misura imponderabile e in modo inconsapevole, la volontà di inserirsi in una vicenda che aveva travalicato i ristretti orizzonti del carcere, dilagando sui *"media"*. Già alla data del 30 ottobre 2009 si erano succedute numerose pubbliche prese di posizione nei confronti della morte di Cucchi ampiamente riportate dagli organi di informazione, oltre a quelle della famiglia Cucchi e del suo difensore. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 18)*

[3] Si vedano Motivazioni sentenza d'appello pag. 32.

A proposito di tale ipotesi c'è da rilevare che la prima deposizione di Samura risale al 3 novembre quando il "caso Cucchi" era certamente conosciuto ma non aveva ancora quel clamore mediatico che avrebbe poi assunto in seguito. Bisogna inoltre considerare che in relazione alla sua posizione giudiziaria, fornire una falsa testimonianza rappresentava per Samura un rischio probabilmente superiore rispetto ai benefici, del tutto ipotetici, di inserirsi in una vicenda "mediatica".

Continuando ad analizzare le motivazioni della sentenza di primo grado, si legge:

> Oltre a ciò, la sua testimonianza ha ulteriori limiti intrinseci, derivanti dal fatto che egli non ha visto, ma ha solo "sentito" delle condotte che non hanno, per così dire, un loro suono caratteristico, (come potrebbe essere, ad esempio, lo schiocco di uno schiaffo sulla pelle). Samura Yaya ha "sentito" dei calci; ha "sentito" un corpo caduto a terra; ha "sentito" il trascinamento di un corpo, (tutte azioni che producono un rumore non univoco). In conclusione, può dirsi, con certezza, che lo stesso abbia percepito soltanto un parlare concitato tra Cucchi e tre agenti della Polizia Penitenziaria, un tramestio e il pianto di Cucchi, (peraltro gli attuali imputati non vennero sottoposti a ricognizione personale mediante incidente probatorio, come sarebbe stato opportuno, avendo il teste riferito di essere in grado di riconoscere solo uno degli agenti di custodia che erano intervenuti, tra l'altro quello da lui definito *"il gentile"*). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 18)*

A questo proposito bisogna considerare che la descrizione degli eventi fatta da Samura è sufficientemente dettagliata e coerente e i rumori da lui sentiti difficilmente possono trovare altra interpretazione rispetto a quella da lui fornita.

Nelle motivazione della sentenza di primo grado si legge inoltre:

> Inoltre, ad avviso della Corte, la testimonianza di Samura Yaya non è nemmeno scevra da criticità estrinseche. Essa, se pur fornita dell'innegabile riscontro dei pantaloni sporchi di sangue che Cucchi si sarebbe arrotolato fino al ginocchio per mostrargli le escoriazioni prodottegli sulle gambe dalle percosse degli agenti di Polizia Penitenziaria, è in aperto contrasto con talune dichiarazioni rese da alcuni carabinieri e dall'infermiere Ponzo che dimostrerebbero che il giovane aveva subito delle violenze prima di giungere nelle celle di piazzale Clodio e che contrastano con il significato che l'accusa, pubblica e privata, ha inteso dare alla testimonianza di Samura Yaya: vale a dire quello di un "pestaggio" subito da Stefano Cucchi per opera degli imputati MINICHINI, SANTANTONIO e DOMINICI, avvenuto nelle celle di sicurezza dell'Edificio B del Tribunale circa venti-trenta minuti prima che il predetto fosse tradotto in aula per la sua udienza

> di convalida e che ebbe a causargli le lesioni al volto e la frattura sacrale di cui appresso si dirà. *(Motivazioni sentenza primo grado pag. 19)*

In relazione a queste considerazioni è necessario osservare come non sia possibile escludere a priori che Cucchi sia stato vittima di una doppia azione violenta; vale a dire un prima aggressione precedente all'arrivo al Tribunale di piazzale Clodio e una seconda nelle celle di sicurezza del Tribunale stesso. In altre parole, al di là della necessità di accertare la gravità di ciascuna aggressione, *di per sé* la testimonianza di Samura non è necessariamente "in aperto contrasto" con le dichiarazioni dei carabinieri e dell'infermiere Ponzo.

Le medesime osservazioni si possono fare a proposito di altri passaggi delle motivazioni della sentenza di primo grado:

> La versione di Samura Yaya è altresì in contrasto con quanto dichiarato da altri testi, che riportano *"de relato"* parole asseritamente pronunciate dallo stesso Cucchi, e cioè che a ridurlo in quelle condizioni sarebbero stati i Carabinieri ovvero una *"caduta per le scale". (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 24)*

> Ma, a parere della Corte, la ricostruzione delle PPCC per dimostrare la responsabilità degli agenti di custodia è viziata dall'insuperabile limite di non prendere nemmeno in considerazione le testimonianze dei carabinieri, di cui sopra si è detto, che hanno riferito di avere visto il volto di Cucchi, prima del suo ingresso nelle celle del Tribunale, nelle stesse condizioni rappresentate nelle foto scattategli all'immatricolazione in carcere. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 32)*

> In contrasto con quanto sostenuto da Samura Yaya, possono ancora essere ricordate le dichiarazioni del detenuto Vilbet Lamaj il quale, nel corso dell'incidente probatorio in data 9/12/2009, ha precisato che la mattina del 16 ottobre era stato tradotto a piazzale Clodio per la convalida dell'arresto; che era arrivato presso le celle alle h. 8,30 circa e che quando ancora stava all'esterno aveva sentito la voce di un uomo che si lamentava dicendo: *"sto male"*; che anche poco più tardi, fatto ingresso nella sua cella, aveva sentito la stessa voce, evidentemente di un detenuto che si trovava in una cella poco distante dalla sua, lamentarsi: *"aiuto! C'è qualcuno che mi aiuti, sto male … appuntato mi aiuti che sto male, devo andare in Ospedale, voglio andare in Ospedale, sto male"*, senza che nessuno se ne curasse, *("nessuno è andato per aiutare a lui")*; che dalle nove fino a mezzogiorno aveva sentito questi lamenti; che da mezzogiorno in poi non aveva sentito più nulla, infatti *"verso l'una e mezza, le 13,30 lui l'hanno prelevato da lì e l'hanno portato in aula";* successivamente, quando in carcere aveva appreso dalla televisione e dai giornali la storia di Stefano Cucchi, aveva ricollegato le due cose. Da tali dichiarazioni sembrerebbe desumersi, (se pure il detenuto

> sentito dal Lamaj possa identificarsi con Cucchi dal momento che egli risulta essere giunto in Tribunale dopo le h. 9,00), che questi lamentava dolore già prima dell'asserito "pestaggio" ad opera dei tre odierni imputati, "pestaggio" che, secondo quanto riferito da Samura Yaya, doveva collocarsi invece nella tarda mattinata.*(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 33)*

Il fatto che Cucchi abbia detto ad alcuni testimoni di essere stato aggredito dai carabinieri, che presentasse segni evidenti di lesioni al volto prima dell'arrivo a piazzale Clodio, che lamentasse dolore già prima dell'ora dell'asserita aggressione nelle celle di sicurezza del tribunale, non esclude la possibilità che possa aver subito una doppia aggressione.

> Conclusivamente osserva la Corte che la ricostruzione di *"alcune fasi o momenti di quanto avvenne la mattina del 16 ottobre 2009 nelle celle sotto la palazzina B, giungendo a comprendere chi c'era nel 'sistema delle celle' nel momento in cui Samura descrive le percosse inferte a Stefano"* di cui alla memoria delle PPCC in data 3/6/2013, consente di ritenere provato che nel momento indicato dal Samura Yaya come quello del pestaggio, nelle celle si trovavano soltanto lo stesso Samura Yaya e Cucchi. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 31)*

Questa ulteriore considerazione da parte della Corte non depone necessariamente contro l'attendibilità di Samura, dal momento che gli agenti avrebbero potuto agire contro Cucchi confidando che in tutto il sistema delle celle rimaneva solo un potenziale testimone.

> Va infine rilevato che anche la prova scientifica contrasta con l'assunto accusatorio: secondo la perizia medico-legale infatti, (come appresso si dirà), il duplice urto, sulla destra e sulla sinistra del capo, contro una superficie ampia e piana, poteva produrre l'effetto di migrazione del sangue livido sotto gli occhi soltanto a qualche ora di distanza dal colpo stesso, invece le tumefazioni scure sotto gli occhi erano visibili già in sede di udienza di convalida, ovvero a pochi minuti dall'asserito "pestaggio". *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 33)*

Ancora una volta, le conclusioni della perizia medico-legale non portano ad escludere la possibilità che Stefano abbia potuto subire una doppia aggressione posto che la prova scientifica ci dice solo che le lesioni al volto, e solo quelle, devono essere avvenute necessariamente in un momento anteriore a quello dell'asserito pestaggio nelle celle del Tribunale.

Anche nelle Motivazioni della sentenza di secondo grado si leggono alcune osservazioni in merito all'attendibilità della deposizione di Samura Yaya:

> Il tono basso delle voci degli agenti mal si concilia con un comportamento aggressivo ed autoritario che (secondo la tesi dell'accusa) doveva essere finalizzato a vincere l'atteggiamento riottoso e contestatario del detenuto. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 30)*

A questo proposito si può ugualmente dedurre, in modo del tutto coerente, che il tono delle voci fosse basso proprio perché venivano pronunciate minacce nei confronti di Cucchi e gli agenti non volevano farsi sentire, sapendo comunque che Samura Yaya era presente nel sistema delle celle.

> Motivi di dubbio derivano anche da una palese inesattezza che ha caratterizzato la sua deposizione, allorché ha affermato che Cucchi, al ritorno dall'udienza, gli avrebbe detto, testualmente <<io andato giudice e dato quattro anni>> *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 32)*

Certamente si tratta di un inesattezza, ma appunto di un'inesattezza - possibilmente dovuta a un ricordo inesatto o ad una non corretta informazione data dallo stesso Cucchi - che di per se è insufficiente a rendere inattendibile l'intera deposizione di Samura, per il resto del tutto coerente. A questo proposito risulta assai significativo che un'altra teste, la dottoressa Caponetti, abbia riferito di aver ascoltato da Cucchi affermazioni dello stesso tenore al momento del suo ingresso nel reparto protetto dell'ospedale Pertini la sera del 17 ottobre: " Non so se e` vero, per cui di questo bisogna chiedere conferma alle autorità giudiziarie, ma mi ha detto anche di essere molto scoraggiato, perché gli ha avevano dato sette anni, almeno a quanto diceva." *(Audizione di Rosita Caponetti di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 43° seduta, pagina 11)*[4]

> Samura voleva ingraziarsi gli inquirenti: dopo aver reso quelle dichiarazioni, Samura ha ottenuto il patteggiamento (in un primo momento negato dal gip) ad una pena di due anni di reclusione, con conseguente liberazione, ed ha avuto anche il permesso di soggiorno per motivi di giustizia *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 33)*

In questo caso, le considerazioni della Corte ci appaiono rientrare nell'ambito della mera congettura.

> Si è accertato che in quello stesso locale sono soliti fermarsi tutti gli operanti (appartenenti ai vari corpi di polizia giudiziaria) che hanno eseguito gli arresti e che sono in attesa di essere chiamati in udienza per la presentazione degli arrestati nonché per la convalida e per l'eventuale giudizio direttissimo. Non vi è dubbio, quindi, che quella mattina, oltre al Cirillo, dovevano esserci diversi altri operanti che avrebbero potuto assistere all'episodio riferito da Samura. Nessuno è stato in grado, invece, di fornire

[4] Commissione parlamentare d'inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del servizio sanitario nazionale. Inchiesta sull'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza delle cure prestate al signor Stefano Cucchi.

> notizie che potessero dare riscontro alla sua versione. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 33)*

Come già segnalato in precedenza, la ricostruzione degli eventi della mattina del 16 ottobre ha consentito alla Corte di primo grado di ritenere provato che al momento dell'aggressione descritta da Samura erano rimasti nelle celle solo Samura stesso e Cucchi per cui è ipotizzabile che non ci fossero più gli altri operanti se si eccettua il teste Cirillo che effettuava il servizio di scorta proprio a Samura.

Se dunque la testimonianza di Samura Yaya appare coerente e genuina sotto molti punti di vista, vi sono, d'altra parte, molteplici elementi che depongono a favore di un aggressione a Cucchi da parte dei carabinieri, al punto che nelle motivazioni della sentenza d'appello si può leggere:

> Non può essere definita una "astratta congettura" l'ipotesi prospettata dalla Corte di assise di primo grado, secondo cui l'azione violenta ai danni di Cucchi sarebbe stata commessa dai carabinieri che lo hanno avuto in custodia nella fase successiva alla perquisizione domiciliare. L'ipotesi, infatti, si fonda su concrete circostanze che sono state riferite anche da persone sulla cui attendibilità non vi è motivo di dubitare. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 44)*

Già la decisione da parte del carabiniere Colicchio di chiamare un autoambulanza mentre Cucchi si trova nelle camere di sicurezza della caserma di Tor Sapienza appare incongruente rispetto ai sintomi manifestati dal detenuto secondo la deposizione del militare:

> La decisione di chiedere l'intervento di un ambulanza, adottata dal Colicchio per il solo fatto che Cucchi aveva detto di avere freddo e mal di testa e di soffrire di epilessia (senza peraltro manifestare alcun sintomo collegabile a tale patologia), appare alquanto esagerata e fa sorgere il dubbio che in realtà il teste sapesse o quanto meno avesse sospettato che la situazione era ben diversa e che il malessere accusato dal ragazzo dipendeva da un qualcosa di anomalo che era accaduto in precedenza. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 37)*

Anche il carabiniere Di Sano, che la mattina del 16 ottobre da il cambio al collega Colicchio presso la caserma di Tor Sapienza nota delle anomalie sul volto di Cucchi:

> camminava con un pò di fatica, ("claudicante", "tremolante", "ciondolante"); il carabiniere Di Sano aveva attribuito ciò alla sua estrema magrezza e al suo stato di tossicodipendenza; aveva le occhiaie rossastre e il viso un po' gonfio, simile a come era effigiato nella fotografia di Regina Coeli, (cfr. deposizione c.re Di Sano, pp. 174/175 trascrizioni 28/4/2011). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 9)*

> Il teste ha poi confermato il contenuto di un'annotazione che egli stesso aveva redatto e nella quale aveva segnalato che il giovane lamentava "dolori al costato…non poteva camminare e veniva aiutato a salire le scale dalla PMZ Casilina*"(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 38)*

Uno dei carabinieri della stazione Casilina che ha provveduto a tradurre Cucchi dalla stazione Tor Sapienza al Tribunale, Pietro Schirone, ha dichiarato a sua volta che Stefano Cucchi;

> "aveva il viso gonfio…aveva delle macchie sotto gli occhi ..zoppicava…ricordo che aveva un malore alla gamba…" "era chiaro che era stato menato" *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 38)*

Anche l'altro componente della pattuglia Casilina, Stefano Mollica, ha deposto in modo sostanzialmente conforme affermando che Stefano si era alzato a fatica dal lettino:

> *l'ho visto subito in viso che aveva dei … gonfiori intorno agli occhi, mi è venuto subito la domanda se aveva bisogno di un medico e lui ha rifiutato il medico, dopo di che gli ho chiesto come mai aveva questi … questi gonfiori, questi cerchi intorno agli occhi, ben visibili e… e lui mi ha risposto che erano stati dei suoi … dei suoi amici. Allora gli ho detto… gli ho ribadito dicendo: chi? Gli ho detto così e lui ha detto: no, so' caduto dalle scale"(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 10)*

> Presa visione della fotografia scattata all'ingresso in carcere, il teste ha poi precisato testualmente: "io lo ricordavo ancora più gonfio, nel senso dei lividi, qui mi sembra anche meno gonfio" *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 39)*

Una parziale conferma alle precedenti deposizioni viene anche dall'infermiere del 118 che era intervenuto con l'autoambulanza presso la stazione di Tor Sapienza, Francesco Ponzo il quale dichiarava:

> di essere riuscito a vedere solo per tre o quattro secondi una parte del volto di Cucchi (che non voleva farsi visitare, rifiutava ogni assistenza e si nascondeva sotto le coperte, stando girato dalla parte del muro) e di avere comunque notato che Cucchi aveva degli arrossamenti sotto gli occhi, sugli zigomi, che potevano essere ecchimosi o semplici eritemi *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 39)*

Per la Corte d'Appello:

> Si tratta di testi particolarmente credibili, in quanto non avevano alcun interesse a riferire circostanze che potevano far sorgere sospetti nei

> confronti di appartenenti alla loro stessa Arma *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 39)*

Un altro aspetto particolarmente rilevante per la Corte d'Appello riguarda le circostanze contrastanti riferite dai carabinieri Di Sano e Schirone. Di Sano sostituiva il collega Colicchio alle 6 di mattina del 16 ottobre presso la caserma di Tor Sapienza e a suo dire dalla 6 alle 9 Cucchi aveva sempre dormito e non si era lamentato di nulla se non del freddo al risveglio. Schirone, d'altro canto, che faceva parte della pattuglia venuta a prelevare Cucchi per condurlo in tribunale riferisce che:

> *"Il collega, il piantone (ndr: Di Sano) sembrava quasi contento che ero andato a prendere il… il detenuto, dicendomi che comunque durante la notte aveva creato... aveva creato qualche fastidio dando, a suo dire, delle testate ai muri nella cella di sicurezza."* *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 9)*

Di qui le considerazioni della Corte d'Appello:

> Il fatto che Di Sano abbia negato di aver riferito allo Schirone in merito alle testate, che Cucchi avrebbe dato contro il muro ….da ancora più motivo di pensare che durante quella notte qualcosa di anormale fosse effettivamente accaduto. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 39)*

Inoltre, sempre secondo la Corte d'Appello:

> Le risposte che lo stesso Cucchi ha dato sono risultate contrastanti, ma a nessuno egli ha detto esplicitamente di essere stato percosso dagli agenti di polizia penitenziaria. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 41)*

> Parlando con gli assistenti di polizia penitenziaria Mastrogiacomo e Cantone, con l'infermiera Porcelli e con i detenuti Costanzo, Alaya, Neschib, Arianit e Sulaj, Cucchi invece ha rivolto accuse, più o meno esplicite, ai carabinieri che lo avevano arrestato. *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 42)*

> Levanaj e Gentijan (ndr: compagni di cella di Cucchi a Regina Coeli) infine hanno riferito di essere stati per un breve tempo ristretti in una cella con il Cucchi e di avere da lui appreso che era stato picchiato in caserma dai carabinieri (diversi da quelli che lo avevano tradotto in Tribunale) e che non avrebbe denunciato il fatto perché avevano minacciato "*che gli avrebbero fatto le carte per dieci anni*". *(Motivazioni sentenza d'appello, pag. 43)*

La deposizione di Levanaj e Gentijan è particolarmente rilevante poiché è l'unica in cui si fa riferimento a specifiche minacce rivolte a Cucchi qualora avesse denunciato di essere stato picchiato.

Volendo dunque riassumere si può affermare con certezza che Stefano Cucchi ha subito violenze che gli hanno provocato traumi multipli nel periodo intercorso tra il momento della perquisizione presso la casa dei genitori (1.30-2.00 del 16 ottobre) e la visita medica effettuata alla città giudiziaria di Piazzale Clodio il 16 ottobre alle ore 14.
Tali violenze sono con ogni probabilità riconducibili ai pubblici ufficiali che lo hanno avuto in custodia durante questo periodo ossia i carabinieri oppure gli agenti di polizia penitenziaria od entrambi.

Durante l'esame dibattimentale, gli elementi emersi a carico dei carabinieri, ossia a favore di un aggressione avvenuta tra la fine della perquisizione domiciliare (ore 2.00) e il momento in cui il carabiniere di guardia chiama l'ambulanza (ore 4.30), sono numerosi e tra loro coerenti. In particolare, secondo varie deposizioni, le lesioni al volto - tra cui in special modo le ecchimosi periorbitarie - sembrano già essere presenti prima del trasferimento di Cucchi al tribunale.
Del resto non si può escludere una seconda rapida aggressione "*meno di un minuto*" avvenuta nelle celle di sicurezza del tribunale, dal momento che la testimonianza di Samura Yaya appare solida e coerente.
I due scenari – 1) quello dell'aggressione occorsa tra la fine della perquisizione domiciliare e il momento in cui il carabiniere di guardia chiama l'ambulanza e 2) quello dell'aggressione nei sotterranei del tribunale prima dell'udienza di convalida – non si escludono affatto a vicenda, al punto che, alla luce di quanto già esposto, è possibile ipotizzare una doppia aggressione. In altre parole, se è certo che Cucchi è stato vittima di almeno una aggressione, è allo stesso tempo ragionevolmente probabile che gli atti violenti da lui subiti, siano stati addirittura due.

CAPITOLO 4

LE CAUSE DELLA MORTE

Nell'affrontare questo capitolo è necessaria una premessa: gli esami chimico-tossicologici eseguiti su materiale biologico prelevato dal corpo di Stefano Cucchi hanno evidenziato come le tracce di sostanze stupefacenti rilevate siano risultate "ininfluenti nel determinismo del decesso":

> Nei liquidi biologici prelevati dal cadavere di Cucchi Stefano si sono evidenziate debolissime tracce *di morfina* e *monoacetilmorfina* (metaboliti dell'eroina n.d.r) nelle urine (rispettivamente 0,023 microgrammi/ml e 0,003 microgrammi/ml) e nella bile (rispettivamente 0,009 microgrammi/ml e 0,008 microgrammi/ml). Presenza di deboli tracce di *cocaina e benzoilecgonina* nelle urine (rispettivamente 0,025 microgrammi/ml e 0,007 microgrammi/ml) e nella bile (solo cocaina 0,040 microgrammi/ml). Positiva la ricerca di *tetraidrocannabinolo acido* (THCCOOH) presente nelle urine (0,026 microgrammi/ml) e nella bile (1,35 microgrammi/ml). Nei peli del pube presenza di tracce non quantificabili di *tetraidrocannabinolo* (THC). Inoltre sono presenti deboli tracce non quantificabili di principi attivi (*gabapentin* e metaboliti del *clonazepam*) relativi alla terapia farmacologica sostenuta in sede di ricovero. (…) I quantitativi di morfina, cocaina e di cannabinoidi risultano essere il residuo di assunzioni pregresse, ininfluenti nel determinismo del decesso. *(Relazione di consulenza tecnica chimico tossicologica in ordine alla morte di Stefano Cucchi, pag. 14)*

Chiarito questo primo aspetto, è poi opportuno prendere in considerazione le conclusioni a cui è giunta la perizia medica collegiale disposta dalla Corte d'Assise di primo grado. In estrema sintesi tale perizia afferma che: 1) la morte è stata provocata da una sindrome da inanizione (ossia da privazione di cibo e acqua); 2) il quadro traumatico osservato è compatibile sia con un'aggressione sia con una caduta accidentale; 3) tale quadro traumatico non ha avuto un ruolo causale nel decesso di Stefano Cucchi.

1) La causa della morte di Stefano Cucchi, per univoco convergere e dei dati anamnestico-clinici e delle risultanze anatomopatologiche, va identificata in una sindrome da inanizione. *(Perizia medica collegiale, pag. 103)*

2) Il quadro traumatico osservato si accorda sia con un'aggressione, sia con una caduta accidentale, né vi sono elementi che facciano propendere per l'una piuttosto che per l'altra dinamica lesiva. I primi riscontri riferibili alle lesioni suddette risalgono al pomeriggio del 16/10/2009. I riscontri anatomopatologici non contrastano con un'epoca di produzione di poco anteriore. *(Perizia medica collegiale, pag. 168)*

3) La successione cronologica degli eventi attesta poi come la patologia traumatico-contusiva sia stata sovrastata da una patologia da privazione di acqua e cibo, dotata di compiuta autonomia lesiva e responsabile del decesso, a prescindere dalla patologia traumatica recente. *(Perizia medica collegiale, pag. 171)*

E' dunque necessario analizzare le tre conclusioni a cui giungono i periti della Corte. Sul secondo punto non occorre soffermarsi più di tanto dal momento che, come emerge dal precedente capitolo di questa indagine, la puntuale ricostruzione degli eventi ha accertato che le lesioni traumatiche maggiori rinvenute sul corpo di Cucchi sono state causate da un'aggressione.

Venendo invece al primo aspetto, la perizia giunge ad identificare la causa di morte nella sindrome da inanizione dopo un'approfondita analisi degli elementi fattuali e della documentazione a disposizione.

Il primo elemento che emerge nelle considerazioni dei periti riguarda l'estrema magrezza del cadavere di Stefano Cucchi e dunque l'ipotesi di un decesso provocato da privazione di cibo ed acqua:

Con il termine di morte per inanizione (altri termini utilizzati sono quelli di morte da fame e sete, da digiuno, da denutrizione e simili) si indica una sindrome sostenuta da mancanza (o grande carenza) di alimenti e liquidi: questa sindrome può presentarsi" in modo acuto per totale sottrazione di ogni cibo e bevanda: o in modo cronico per una loro continuata riduzione o somministrazione insufficiente" (Carrara -Romanese, pag. 177)." *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 106-107)*

In effetti già nel settembre del 2009 Stefano Cucchi presentava un importante dimagrimento (peso < 50kg) secondo la deposizione dell'istruttore[5] della palestra dove si allenava e praticava la boxe. Come riferimento si possono prendere in considerazione i pesi rilevati durante le visite effettuate da Cucchi alla ASL il 2 agosto 2007 (60kg per un altezza di 1,65 m e un BMI di 22,01) e il 21 dicembre 2007 (56 kg con un BMI di 20,6). Stefano Cucchi viene poi pesato al momento dell'ingresso del carcere di Regina Coeli:

Il 16.10.2009 alle h 16,35 nella Casa Circondariale Regina Coeli il sig. Cucchi pesa vestito 52 kg, per un'altezza di 168 cm. **Correggendo per la tara in 50 kg e considerando un'altezza di 165 cm**, il suo peso è l'81% del peso ideale di 61,3 kg: ha quindi perso il 18% del peso ideale (circa 10 kg in 27 mesi) ed il BMI è 18,4 kg/m2, valore indicativo di malnutrizione clinicamente rilevante (Fidanza, 1974; Sobotka, 2004; Bistrian, 2008). *(Perizia medica collegiale, pag. 90)*

[5] Deposizione dell'istruttore Palmisano del 5/4/2012.

> Il 23.10.2009 l'autopsia registra un peso di 37-38 kg circa; tenendo conto delle perdite idriche post-mortem, si assume un peso al decesso di circa 40 kg: il sig. Cucchi quindi nei 5,5 giorni che vanno dalle h 16,35 del 16.10.2009 alle h 6 del 22.10.2009 ha avuto una perdita di circa 10 kg. Il suo peso all'autopsia è di circa 21 kg (65%) sotto i 61 kg di peso ideale avendone perso il 35%. Il BMI è 14,6 kg/m2, valore di malnutrizione clinicamente grave (Fidanza, 1974; Sobotka, 2004; Bistrian, 2008). *(Perizia medica collegiale, pag. 91)*

Stefano Cucchi ha dunque perso circa 10 kg in 5 giorni e mezzo e la perizia spiega da un punto di vista fisiopatologico come possa essere avvenuto questo drammatico calo ponderale considerando sia il bilancio energetico che il bilancio idrico nei giorni intercorsi tra il momento in cui Stefano viene pesato a Regina Coeli (ore 16.35 del 16/10/2009) e l'ora in cui viene rinvenuto il suo corpo senza vita (ore 6 del 22.10.2009).
Particolarmente rilevante è la grave ipoglicemia riscontrata il 19 ottobre all'ospedale Pertini:

> La glicemia di 40 mg/dL del 19.10…, nonostante che la concentrazione da deidratazione ne abbia aumentato il valore, è la classica ipoglicemia asintomatica indice di digiuno protratto in malnutrizione importante (Winick, 1979). *(Perizia medica collegiale, pag. 102)*

Anche la marcata bradicardia rilevata la sera del 17 ottobre all'ingresso dell'ospedale Pertini trova spiegazione nel quadro della sindrome di inanizione in atto:

> Il giorno 17.10.09, alle ore 19:45 il paziente dopo essere stato dal PS dell'Ospedale Fatebenefratelli all'Ospedale Pertini, nel reparto di Medicina protetta, alle ore 20:32 fu sottoposto ad elettrocardiogramma (ECG), che risulta incompleto (mancano le derivazioni precordiali V1 e V6): da esso si rileva la presenza di un ritmo atriale basso, o giunzionale, alla frequenza di 46 bpm; intervallo QT di 436 msec (QTc 381 msec). L'ECG fu ripetuto pochi minuti dopo (alle ore 20:36) (è ancora incompleto: vi sono solo le derivazioni periferiche) e risultò sostanzialmente sovrapponibile al precedente (ritmo atriale basso o giunzionale a 42 bpm; QT 452 msec [QTc 378 msec]).
> Questo quadro ECG (spiccata bradicardia atriale bassa o giunzionale da possibile disfunzione del nodo del seno) può in genere manifestarsi acutamente o cronicamente.
> Le forme acute, di solito reversibili e transitorie, possono insorgere in corso di intossicazione (o effetto) farmacologica (beta-bloccanti, calcio-antagonisti, digitale, lidocaina, amiodarone, oppiacei ecc.) ma anche in seguito a turbe metaboliche (iperpotassiemia per esempio) o in coincidenza di situazioni fisio-patologiche acute associate a ipertono vagale (stimoli

dolorosi, ittero ostruttivo, ipertensione endocranica, ecc.). Da questo punto di vista, nel caso specifico del Sig. Cucchi, devono essere ricordati i noti potenziali effetti bradicardizzanti dei farmaci assunti dal paziente, in particolare del tramadolo (Contramal), un analgesico oppiaceo ad azione centrale, del gabapentin, un farmaco anti-epilettico e del clorazepam (Rivotril), un derivato benzodiazepinico.

Per quanto riguarda la possibilità che l'ECG fosse possibile espressione di una situazione cronica, la presenza di bradicardia spiccata era perfettamente compatibile con la condizione clinica presentata in quel momento dal Sig. Stefano Cucchi e, in particolare, con il suo stato di grave deperimento organico [vedasi sopra]. Infatti, in letteratura sono state chiaramente descritte le modificazioni dell'emodinamica cardiaca che si associano a condizioni di malnutrizione e importante calo ponderale che, seppur etiologicamente un po' differenti da quelle presentate dal paziente, ne riproducono il quadro clinico complessivo. In particolare, le modificazioni cardiovascolari croniche più note e più studiate associate a marcato dimagramento patologico si riferiscono ai casi conseguenti ad anoressia nervosa. Nei soggetti affetti da anoressia nervosa sono stati descritti gli adattamenti cardiovascolari associati alla riduzione del peso corporeo. Quando ragazze con anoressia nervosa sono state confrontate con ragazze di pari età, senza patologia e con normale peso e costituzione, e con ragazze di pari età, senza anoressia ma costituzionalmente magre, quelle con anoressia nervosa hanno presentato una frequenza cardiaca e una pressione arteriosa significativamente più basse (Tabella 6, de Simone et al., 1994). (…)

Recentemente è stato riportato in letteratura il caso di una ragazza di 17 anni del peso di 40 kg, affetta da anoressia nervosa, con perdita di oltre 30 kg nei precedenti 6 mesi, in cui sono state riscontrate alterazioni ECG identiche a quelle presentate dal Sig. Cucchi, e cioè ritmo giunzionale a 44 bpm, assenza di onda P, intervallo QT di 440 msec e QTc of 400 msec (Fig. 3, Kossaifi, 2010). In questo caso si è osservata la ripresa di un ritmo sinusale, seppur ancora bradicardico, dopo circa 24 ore di idratazione e ripresa della nutrizione. (…)

Simili alterazioni dell'ECG (in particolare la bradicardia sinusale) sono state descritte anche in altre condizioni caratterizzate da patologica riduzione cronica del peso corporeo (assunzione di diete a contenuto calorico estremamente basso, o liquide, digiuni per motivi religiosi, sciopero della fame in prigionieri politici, vittime di torture, etc.) ad indicare come la riduzione della frequenza cardiaca fino alla comparsa di bradicardia spiccata e alla emergenza di ritmo giunzionale siano modificazioni tipicamente associate al dimagramento cronico, piuttosto che alla causa o patologia che lo ha determinato. *(Perizia medica collegiale, pag. 104-106)*

Viene poi analizzata la progressione di questo grave quadro di denutrizione:

> Il digiuno protratto con deidratazione abolisce il senso di sete (Keys, 1950; Peel, 1997; Winick, 1979); le testimonianze rese degli infermieri sembrerebbero suggerire che più che rifiutarsi il paziente non avesse voglia di bere e comunque bevesse poco. Knight (2005) e Leiter (1982) affermano che il pericolo di vita diviene consistente quando il calo di peso in digiuno non terapeutico intacca i depositi energetici di grasso. **Il deficit energetico innesta un catabolismo proteico obbligato e "catastrofico" (Peel, 1997)** che va obbligatoriamente a intaccare le scorte energetiche rimaste e cioè le proteiche, che, tuttavia, non possono impunemente scendere sotto l'81 % della quota totale corporea (Leiter, 1982). L'esame delle urine del 19.10 (condotto sulle urine del 18.10) è, di fatto, dimostrativo del processo di progressivo esaurimento delle scorte corporee grasse**: l'assenza di chetoni** fa dire che il catabolismo dei grassi è molto modesto o assente ed ha innescato il catabolismo proteico delle scorte proteiche indisponibili. L'aumento massiccio di urea plasmatica di questo giorno e del 21 conferma questo rilievo. *(Perizia medica collegiale, pag. 103)*

D'altra parte, la morte per privazione di alimenti è un elemento che emerge in maniera trasversale anche in altre indagini e consulenze tecniche relative al caso Cucchi; consulenze - ed è questo un aspetto particolarmente significativo - che provengono anche da parti in conflitto tra di loro. Il caso più evidente riguarda la consulenza tecnica per la difesa del dottor Vetrugno che parla esplicitamente di sindrome di inanizione come causa di morte.

> Il quadro è chiaro, è macroscopicamente evidente, quel soggetto, quel cadavere che noi tutti abbiamo visto, è morto per inanizione, è morto per malnutrizione severa. (*Deposizione del consulente perito per la difesa dottor Giuseppe Vetrugno, 11 aprile 2012*)

Se si prende poi in considerazione la consulenza dei pubblici ministeri nel processo di primo grado anche qui si conclude che la causa di morte è da ricondurre ad un insufficienza-circolatoria acuta per bradicardia a fronte di ipoglicemia grave in soggetto cachettico. Venendo all'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta, i consulenti concludono che la morte di Stefano Cucchi sarebbe stata provocata dall'istaurarsi di una sindrome metabolica iperosmolare di natura prerenale dovuta ad una grave condizione di disidratazione. Anche in questo caso viene riconosciuto come fattore decisivo la grave carenza nell'assunzione di cibo e liquidi.

> In particolare, secondo i consulenti, il decesso si deve allo squilibrio metabolico e soprattutto idroelettrolitico conseguente alla mancata assunzione di cibo e di liquidi in modo regolare e sufficiente. *(Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta, pag.3)*

> Il paziente rifiuta la terapia endovenosa e assume acqua e cibo in maniera saltuaria. In seguito a tale astensione, subisce non solo un drastico

> dimagrimento (10 kg), ma soprattutto un blocco della funzione renale, caratterizzato da iperazotemia. Questa condizione di iperosmolarità è stata causa dell'aritmia cardiaca mortale. *(Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta, pag.3)*

Del resto anche i consulenti tecnici delle parti civili addebitano il decesso ad un quadro di edema polmonare acuto provocato da una condizione di progressiva insufficienza cardiaca su base aritmica intimamente correlata, oltre che all'evento traumatico, al "progressivo scadimento delle condizioni generali".

> Non intendiamo ovviamente discutere il deperimento fisico che indubbiamente ha afflitto Stefano durante i cinque giorni e mezzo di degenza al Pertini, ma riteniamo fin troppo evidente il fatto che voler sostenere che questa è l'esclusiva sua causa di morte, senza alcun rilievo causale o concausale per le sofferenze subite e ben documentate a causa del pestaggio di piazzale Clodio, rappresenti una lapalissiana forzatura, le cui motivazioni o finalità non spetta a noi, in questa sede, delineare. *(Memoria Cucchi, Avvocati Anselmo e Pisa, pag.230)*

Le parti civili non negano dunque che il grave scadimento delle condizioni generali abbia contribuito a provocare la morte di Cucchi ma piuttosto contestano che esso ne sia stata la causa esclusiva. Del resto, il fatto che Stefano Cucchi fosse afflitto da una sindrome di inanizione al momento del decesso appare un fatto inconfutabile: il giovane pesava 40 kg pari al 65% del peso ideale per la sua altezza (61,3kg) e con un Indice di massa corporea di 14,67, indicativo di uno stato di grave denutrizione.

Volendo dunque cercare un minimo comun denominatore tra la perizia, le consulenze di parte e l'indagine della Commissione parlamentare, questo di può senza dubbio individuare nel riconoscimento del ruolo determinate nella morte di Stefano Cucchi del quadro sindromico provocato dall'insufficiente assunzione di cibo e liquidi. Quadro sindromico che è in grado di spiegare, dal punto di vista della scienza medica, il dato più drammaticamente evidente: l'estrema magrezza del cadavere del paziente. **Punto di divergenza sostanziale tra le differenti valutazioni degli esperti è dunque l'attribuzione alla sindrome da privazione di cibo e liquidi di un ruolo causale esclusivo nel decesso ovvero di un rilievo concausale insieme ad altri fattori concorrenti.**

Veniamo ora al terzo punto delle conclusioni della perizia, quello cioè che esclude una concatenazione causa-effetto a valenza biologica tra la sindrome traumatica e la sindrome da inanizione. Conclusioni per altro condivise, oltre che dalle consulenze tecniche delle difese, sia dalla consulenza dei pubblici ministeri sia dalla relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta.

> *Il paziente era portatore di lesioni osteotraumatiche consistenti in una rima di frattura composta dell' osso sacro a livello S4 di epoca recente, ed esiti di*

> *lesioni pregresse dell'emisoma sinistro della vertebra L3, coesistendo lesioni tegumentarie di significato contusivo. Tale quadro traumatico di insieme non ha avuto alcuna valenza causale nel determinismo della morte.* *(Conclusioni dei consulenti tecnici del PM. Motivazioni sentenza primo grado, pag. 88)*

> Non vi e` alcuna relazione eziopatogenetica che collega il trauma alla sindrome metabolica. I consulenti tecnici ritengono si possa escludere, senza incertezza, che il decesso si debba alle conseguenze del trauma subito. *(Relazione della Commissione parlamentare d'inchiesta, pag.4)*

Da questo punto fondamentale si discosta la posizione dei consulenti di parte civile che sostengono per contro una relazione causale tra la sindrome traumatica ed il decesso del paziente.

> Sotto questa prospettiva, i Consulenti Tecnici di Parte Civile hanno formulato l'ipotesi patogenetica, secondo la quale sarebbe possibile che la frattura sacrale abbia indotto un quadro di "vescica neurologica" con sovradistensione vescicale che, interferendo negativamente sul sistema vegetativo autonomo, avrebbe comportato riflessi secondari capaci di indurre un disturbo del ritmo cardiaco, a sua volta responsabile dell'arresto cardiaco terminale. *(Perizia medica collegiale, pag. 171)*

Nella consulenza del professor Thiene si legge:

> Nella medesima giornata del 17/10/2009 sono intervenuti degli eventi che hanno fatto precipitare la situazione. È comparsa vescica neurogena da versamento ematico, con compressione delle strutture periferiche e alterata funzione della vescica, cioè l'incapacità di mingere per uno "shock spinale" e uno "stupore" dei nervi del detrusore della vescica che ne governano la contrazione a seguito del trauma lombo-sacrale-coccigeo e delle radici spinali, che ha necessitato l'impianto di un catetere uretro -vescicale, per favorire il drenaggio dell'urina. […]
> Il catetere in vescica si è ostruito, forse per un errato decubito o curvatura, per cui è comparso un imponente globo vescicale (circa 1,5 litri), facilmente visibile all'ispezione esterna del corpo ormai cachettico, ma non notato dai medici curanti. La distensione della vescica con aumento della pressione della parete ha "irritato" le terminazioni nervose sensitive della vescica e attivato riflessi vagali. […]
> La dissociazione atrio-ventricolare, registrata quattro giorni prima del decesso, era la spia che il giovane Stefano Cucchi era sotto un'importante influenza vagale, stimolata dal trauma lombosacrale, che è stata aggravata successivamente dal globo vescicale, esitando in asistolia nel sonno. Il perito d'ufficio dott. Giancarlo Marenzi nella sua esposizione del 19.12.2012 affermava che la brachicardia giunzionale poteva essere compatibile anche con stimoli dolorosi attraverso ipertono vagale che

> contribuì a rallentare il battito fino a una soglia critica con arresto cardiaco terminale. In conclusione il trauma subito dal giovane Cucchi non può essere considerato ininfluente sulla causa e il meccanismo della sua morte. Esso ha iniziato una cascata di eventi con disriflessia autonomica aggravata dalla distensione vescicale per il globo, con scarica vagale e bradicardia estrema fatale. *(Relazione del Professor Thiene, consulente tecnico di parte civile)*

In base a una serie di considerazioni fisio-patologiche, l'ipotesi patogenetica prospettata dai Consulenti di Parte Civile è stata ritenuta dai periti nominati dalla Corte "non provata e neppure concretamente ipotizzabile".

> In definitiva, la diagnosi di vescica neurologica non è supportata da dati sufficienti, potendosi eventualmente parlare di detrusore acontrattile o di vescica plegica da lesioni neurologiche periferiche (con necessità di svuotare il viscere con catetere); tuttavia, a 6 giorni dal trauma, le radici/il plesso nervosi sono da considerarsi ancora in stupor neurologico e se non c'è ripresa di attività non c'è neppure ripresa di sensibilità: pertanto, gli stimoli dolorosi non partono e non possono determinare reazioni autonomiche. Si deve quindi concludere nel senso che un coinvolgimento del basso tratto urinario nel determinismo della morte del Cucchi non solo non è provato, ma neppure è concretamente ipotizzabile. *(Perizia medica collegiale, pag. 177)*

Come anticipato nell'introduzione, questa indagine non si è posta l'obiettivo di indagare ulteriormente le contrastanti ipotesi di nesso ezio-patogenetico tra trauma e decesso già ampiamente dibattute in questi anni nel corso dei due processi, quanto piuttosto lo scopo di analizzare eventuali quadri clinici che abbiano avuto una rilevanza nella tragica vicenda e nella morte di Stefano Cucchi e che non siano stati presi ancora in considerazione.

Volendo dunque riassumere quanto fino ad ora appurato nella storia clinica del paziente, si può affermare che Stefano Cucchi ha certamente manifestato nei giorni che vanno dal suo arresto al decesso almeno due quadri patologici: un politrauma al sacro e al capo ed una sindrome da inanizione, la quale ha avuto un ruolo sostanziale – di causalità esclusiva secondo alcune consulenze tecniche, di concausalità secondo altre - nel provocare la morte del paziente. Proprio a partire da questi due elementi e dalla natura violenta del primo di essi svilupperemo la nostra indagine nei prossimi capitoli. **Se si eccettua poi il punto di vista dei consulenti tecnici delle parti civili, gli esperti consultati hanno escluso che dal punto di vista strettamente organico-biologico le lesioni traumatiche abbiano potuto determinare il decesso o contribuire, anche solo come concausa, al prodursi di esso.**

CAPITOLO 5

UN CASO DI TORTURA ?

E' possibile affermare che mentre si trovava nelle mani dello Stato, Stefano Cucchi sia stato vittima di tortura o di trattamenti crudeli, inumani e degradanti ? Come è noto in Italia non è stato ancora introdotto il reato di tortura. Per sviluppare il nostro ragionamento, riteniamo perciò corretto utilizzare come riferimento la definizione di tortura che viene dal pilastro principale del diritto internazionale nella lotta contro questa grave forma di coercizione, ossia dalla Convenzione contro la tortura (CAT) delle Nazioni Unite approvata nel 1984 e ratificata dall'Italia nel 1988.:

> Tortura indica qualsiasi atto mediante il quale sono **intenzionalmente inflitti** ad una persona **gravi dolori o sofferenze, fisiche o mentali**, al fine segnatamente di ottenere da essa o da una terza persona informazioni o confessioni, di punirla per un atto che essa o una terza persona ha commesso o è sospettata aver commesso, di intimorirla o di far pressione su di lei o di intimorire o di far pressione su una terza persona, o per qualsiasi altro motivo fondato su qualsiasi forma di discriminazione, **qualora tale dolore o sofferenze siano inflitte da un pubblico ufficiale** o da ogni altra persona che agisca a titolo ufficiale, o su sua istigazione, o con il suo consenso espresso o tacito. *(Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti della Nazioni Unite, 1984)*

La tortura viene dunque definita come qualsiasi atto attraverso il quale vengono intenzionalmente inflitti gravi dolori e severe sofferenze (fisiche o mentali), attraverso il coinvolgimento di un pubblico ufficiale e per uno specifico proposito. L'articolo 1 della Convenzione deve essere letto insieme all'articolo 16 che chiede ad ogni Stato Parte di proibire in ogni territorio soggetto alla sua giurisdizione:

> altri atti costitutivi di pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti che non siano atti di tortura quale definita all'articolo 1, qualora siano compiuti da un funzionario pubblico o da qualsiasi altra persona che agisce a titolo ufficiale, o sotto sua istigazione, oppure con il suo consenso espresso a tacito. *(Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti della Nazioni Unite, 1984)*

Da una lettura congiunta dei due articoli, ne consegue che gli atti che non rispondono pienamente alla definizione dell'articolo 1 – in particolare atti privi dell'elemento dell'intenzionalità o non perpetrati per gli specifici propositi sopra menzionati - possono rientrare nella definizione dei trattamenti crudeli o inumani secondo l'articolo 16 della CAT mentre atti rivolti all'umiliazione della vittima costituiscono trattamenti degradanti anche quando non siano stati inflitti gravi dolori (Nowak & McArthur, 2006). A questo proposito nel 2006 il Relatore speciale sulla tortura delle Nazioni Unite affermava significativamente che **in una situazione di detenzione o di controllo diretto da parte**

del personale di polizia - in cui la vittima è dunque in una condizione di impotenza - non è applicabile alcun criterio di proporzionalità, essendo in ogni caso proibito il ricorso alla violenza fisica o psicologica da parte dei funzionari pubblici, che in questo contesto si configura sempre come trattamento crudele ed inumano (Nowak & McArthur, 2006). Se nell'utilizzo della forza in una situazione di detenzione vi è il proposito di umiliare il detenuto, si configura inoltre la fattispecie del trattamento o della punizione degradante mentre se l'inflizione intenzionale di dolore e sofferenze severe è mossa dagli specifici propositi citati nell'articolo 1, ci troviamo di fronte a un vero e proprio caso di tortura (Nowak & McArthur, 2006).

Per quanto riguarda la natura degli atti attraverso cui vengono inflitte sofferenze, le percosse consistenti in pugni, calci, schiaffi o gettare la vittima a terra sono tra le forme più comuni di tortura e di trattamenti crudeli, inumani e degradanti (CIDT), così come i traumi al capo sono tra gli esiti più frequenti[6]. La maggior parte dei medici e dei ricercatori ammette che la tortura e i CIDT hanno la capacità intrinseca di provocare conseguenze mentali ed emotive, indipendentemente dalla condizione psicologica precedente della vittima[7]. In altre parole, la tortura e i CIDT si caratterizzano per la capacità di aggredire le strutture psicologiche fondamentali dell'individuo. Attraverso di esse non solo viene minacciata l'integrità fisica della vittima, ma anche la sua personalità. La tortura e i CIDT dunque oltre a provocare spesso lesioni fisiche costituiscono di per se un evento psico-traumatico con caratteristiche peculiari (si veda capitolo 6).

Prendendo in considerazione il nostro caso, si può certo affermare, alla luce di quanto fin qui esposto, che l'aggressione (o le aggressioni) subita da Cucchi sia stata un atto mediante il quale siano stati inflitti alla vittima gravi dolori e severe sofferenze. Del resto la responsabilità dell'azione violenta (o delle azioni violente) è con ogni probabilità riconducibile a pubblici ufficiali come ha del resto ipotizzato la stessa Corte d'Appello. A nostro parere, gli elementi fin qui esposti depongono coerentemente anche per la presenza, non solo di un'intenzionalità nell'inflizione del dolore e delle sofferenze, ma anche di propositi (che nel caso specifico, a nostro avviso, non possono che essere *punizione* per un comportamento *e/o incutere timore* e/o *ottenere informazioni* in merito alla detenzione di ulteriori stupefacenti e/o *discriminazione* nei confronti di una persona ritenuta uno spacciatore oltre che un tossicodipendente) riconducibili all'articolo 1 della CAT; depongono, in altre parole, per un vero e proprio caso di tortura. D'altro canto, anche ammettendo l'impossibilità di stabilire con certezza lo scopo specifico dell'aggressione, **risulta comunque del tutto evidente che Stefano Cucchi, mentre si trovava privato della libertà personale sotto custodia dello Stato, fu vittima di trattamenti crudeli ed inumani secondo i criteri di riferimento della Convenzione delle Nazioni Unite.**

[6] Protocollo di Istanbul. Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante , pag 104.
[7] *Ivi*, pag 157.

CAPITOLO 6

Il TRAUMA PSICOLOGICO E LE SUE CONSEGUENZE

Se dunque nel corso dei due processi, sono state analizzate minuziosamente le possibili cause e le conseguenze delle lesioni traumatiche subite da Cucchi e con altrettanta attenzione sono stati presi in considerazione gli altri possibili quadri patologici di natura organica, **né le numerose consulenze né la stessa perizia hanno in alcun modo indagato il quadro psichico del paziente**. Questo elemento viene brevemente chiamato in causa in un passaggio degli atti della Commissione parlamentare d'inchiesta, allorché la senatrice Soliani afferma "in effetti si è trascurato per esempio il fatto di indagare meglio la relazione tra trauma, condizione psicologica, attività metabolica, ovvero lo stato di salute complessivo, tant'e` che lei, dottor Pascali, ha fatto una sottolineatura intelligente secondo me sullo stato psicologico (ha parlato di depressione rispetto alle condizioni in cui si trovava)."[8] A questo riguardo è necessario ricordare che il processo di secondo grado ha accertato la natura interpersonale violenta delle lesioni subite da Stefano Cucchi. Il quadro che si presenta è pertanto il seguente: non solo Stefano Cucchi ha riportato delle lesioni traumatiche con prognosi di guarigione tra 20 e 40 giorni, ma tali lesioni sono risultate essere il frutto di un'azione di percosse o comunque di un'azione violenta a suo danno messa in atto mentre si trovava in detenzione sotto la tutela dello Stato. **E' dunque necessario indagare se accanto alle evidenti lesioni fisiche, vi siano state conseguenze psicologiche provocate dall'aggressione e se un eventuale quadro sintomatico indotto dal trauma psichico abbia influito significativamente sul decorso evolutivo della sindrome da inanizione che, come abbiamo visto, ha certamente contribuito – come causa esclusiva o, nell'ipotesi più riduttiva, come concausa - alla morte di Stefano Cucchi.**

Il trauma

E' qui dunque necessario introdurre la nozione di trauma psicologico. La rilevanza del concetto di trauma per l'insorgenza di sindromi psicopatologiche è stata sostenuta da molteplici autori ed ha una lunga tradizione nella letteratura scientifica internazionale (Mollica, 2007; Odgen et al., 2006, Van der Kolk et al., 2004). Il termine *trauma* deriva dal verbo greco che significa "perforare", "danneggiare", "ledere", "rovinare" e contiene un duplice riferimento a una ferita con lacerazione, ed agli effetti di un urto, di uno shock violento sull'insieme dell'organismo (Laplanche & Pontalis, 1984). Ampliamente diffuso nell'ambito delle discipline medico chirurgiche, durante il XVIII sec., il termine è stato adottato dalla psichiatria e dalla psicologia clinica che indicano con esso la sopraffazione del soggetto da parte di uno stimolo eccessivo che lo rende privo di difese e incapace di reagire (Sandler et al., 1991). Il suo primo utilizzo in psicologia è attribuito a William James che definì i traumi psichici come "spine nello spirito" (Simpson, 1989).

[8] 60° seduta della Commissione parlamentare d'inchiesta, pag. 16

Nella sua accezione più ampia la locuzione trauma psichico viene usata per indicare l'effetto di un'azione o di un evento, perlopiù di violenta e inattesa intensità, che colpisce una struttura psichica incapace sia di difendersene sia di comprenderne e tollerarne il senso. Nella definizione del trauma psichico sono quindi implicate sia le caratteristiche dello stimolo patogeno (intensità, forza) sia quelle del soggetto (capacità di resistenza, vulnerabilità) (Santilli et al., 2000). Ogniqualvolta parliamo di trauma psicologico, dunque, ci riferiamo alle manifestazioni psichiche di un'esperienza particolarmente negativa (in una circostanza, ambito o relazione) da cui derivano una disorganizzazione e una disregolazione del sistema psicobiologico della persona (Caretti & La Barbera, 2004). Il trauma psicologico è una reazione psichica – da intendere come una ferita causata da un fattore traumatico (*stressor*) – che comporta primariamente l'essere sopraffatti da emozioni molto dolorose e intollerabili, e tutto il coinvolgimento della persona per poterle gestire (Caretti & La Barbera, 2004). **Nello specifico, la caratteristica che meglio definisce le *reazioni traumatiche acute* (quelle cioè che si manifestano immediatamente dopo l'evento e nei giorni successivi) è un comportamento anormale che interferisce con la sopravvivenza** (Solomon et al., 2004).

Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, V Edizione (DSM-5), formalizza alcuni dei quadri clinici tipici che compaiono in seguito alla esposizione a un evento psicotraumatico. Occorre premettere da subito che la letteratura psicopatologica ha chiaramente rilevato che le reazioni psicotraumatiche, specialmente quelle acute, possono essere molteplici, con sintomi e sindromi che vanno ben al di là di quelle codificate dal DSM (Solomon et al., 2004). Ciò sia in estensione (ci sono molti più sintomi possibili rispetto a quelli codificati come strettamente post-traumatici, per cui si parla di disturbi post-traumatici "complessi"), sia rispetto alla completezza o meno del quadro: esistono molteplici possibili forme fruste e sottosoglia rispetto ai criteri del DSM, che a rigore non ricevono la diagnosi perché non soddisfano tutti i criteri, ma che non sono per questo meno significative sul piano clinico. Lo stesso DSM-5, come vedremo, ha introdotto un'importante novità rispetto alle edizioni precedenti, consentendo di diagnosticare comunque in modo specifico questi quadri clinici.

Per evitare un'accezione troppo ampia del concetto di trauma psichico, gli esperti che hanno redatto il DSM-5 hanno lavorato per restringere il concetto a situazioni chiaramente definibili. La definizione del DSM-5, riportata di seguito, è alla base delle diagnosi di disturbi psicotraumatici sia acuti che cronici. Infatti, perché una di queste patologie possa essere diagnosticata, il primo criterio necessario è il Criterio A: "Esposizione a morte, gravi lesioni o violenza sessuale, in atto o minacciate [threatened], in uno o più dei seguenti modi: 1. Subendo l'evento (gli eventi) direttamente; 2. Essendo testimone di persona all'evento/agli eventi occorsi in altri; 3. Venendo a conoscenza che l'evento/gli eventi sono capitati a un membro stretto della famiglia o a un caro amico. Nel caso della morte avvenuta o temuta di un membro familiare o di un amico, l'evento/gli eventi devono essere stati violenti o accidentali; 4. Aver vissuto un'esposizione estrema o ripetuta a dettagli ripulsivi del/degli eventi traumatici (ad es. personale di emergenza che raccoglie resti umani; ufficiali di polizia ripetutamente esposti ai dettagli di [storie di] abusi su bambini)".

Tra gli eventi traumatici vissuti direttamente descritti nel criterio A, il DSM-5 include esplicitamente sia "un'aggressione fisica reale o minacciata (per es., attacco fisico, scippo, rapina, abuso fisico in età infantile)" sia la tortura.
E' acclarato che Cucchi, nella (o nelle) aggressioni subite mentre era sotto custodia dello Stato Italiano, oltre agli evidenti traumi fisici di cui si è discusso nel capitolo 3, ha subito, dal punto di vista psichico, un grave evento traumatizzante definito in accordo con il DSM-5, secondo i criteri sovraesposti. **Pertanto, è provato che Cucchi abbia subito uno o più eventi psico-traumatizzanti che soddisfano il Criterio A del DSM-5, sia per il Disturbo da Stress Acuto che per il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).**

Fattori traumatogeni

La questione adesso è: che quadro psicopatologico ha effettivamente prodotto questo evento con alta potenzialità traumatogena? La letteratura indica che non tutte le persone che subiscono un evento traumatogeno sviluppano necessariamente un disturbo da stress post-traumatico (acuto o cronico) (Van der Kolk & McFarlane, 2004). La maggiore o minore probabilità di sviluppare un disturbo psicopatologico post-traumatico dipende da caratteristiche intrinseche all'individuo (vulnerabilità psicopatologica personale), dalle caratteristiche intrinseche dell'evento traumatogeno, dalla quantità/ripetizione dei traumi subiti, dal livello di supporto sociale, dalle condizioni ambientali nel periodo successivo al trauma, etc.

Analizziamo ora nel dettaglio questi aspetti:

1) Vulnerabilità psicopatologica personale. Nel caso di Cucchi, è indubbio che i traumi subiti si siano abbattuti su una persona già di per sé fragile. La storia di tossicodipendenza è nota e non richiede ulteriori specifiche. Da un punto di vista personologico una fragilità del sé, con relativa ipersensibilità al giudizio e sfiducia nelle proprie capacità, sono elementi che emergono dalle testimonianze raccolte[9] e dai documenti a nostra disposizione[10]. D'altro canto, nella storia di Cucchi non sono emersi elementi che possano deporre per pregressi gravi disturbi psichiatrici. Ciò è ulteriormente avvalorato dal fatto che Cucchi risulta esser stato a più riprese in trattamento presso Comunità Terapeutiche di tipo ordinario e non di doppia diagnosi, come invece sarebbe avvenuto se lo stesso avesse presentato disturbi psichiatrici di rilievo.
Anche l'anoressia nervosa, citata più volte nel corso del processo senza però che sia mai stato affermato che Cucchi ne soffrisse, è un'ipotesi da scartare in quanto non ne sono mai presenti i sintomi necessari per la diagnosi. Se infatti è vero che Cucchi fosse

[9] Colloqui con i familiari (i genitori e la sorella) e con gli operatori della Comunità Ceis (coordinatore e psicologa).
[10] Documento di autocaratterizzazione (2007) nell'ambito del percorso terapeutico con la comunità Ceis, Relazione dell'andamento terapeutico al termine della fase II nell'ambito della comunità Ceis (24/5/2006).

gradualmente ma significativamente dimagrito nell'ultimo periodo, arrivando a pesare 50Kg, le testimonianze raccolte non riportano di restrizioni alimentari all'interno di una dinamica di anoressia, ma piuttosto di una selezione degli alimenti con restrizione dell'introito di alcuni cibi (carboidrati, grassi), finalizzata al desiderio di gareggiare come pugile nella categoria dei pesi mosca, per cui un peso vicino alla soglia dei 50 kg previsti era il peso ideale per quella finalità. Sebbene si possa sostenere che anche l'utilizzo di sostanze da abuso abbia contribuito all'alterazione dell'omeostasi corporea, e quindi al dimagrimento, sembra comunque che il principale fattore coinvolto nel dimagrimento di Cucchi fosse quello sportivo.

Occorre considerare la possibilità di un quadro depressivo preesistente al trauma. Dai dati a nostra disposizione non si evincono sintomi depressivi espliciti precedenti alle vicende traumatiche su cui verte la presente indagine (il giorno stesso dell'arresto Stefano aveva regolarmente lavorato presso lo studio del padre, aveva frequentato la palestra dove si allenava e aveva poi cenato con i genitori; solo due settimane prima aveva festeggiato il suo compleanno con una festa), mentre non si può completamente escludere che alcuni comportamenti di abuso, in particolare quello alcolico, possano essere interpretati come possibili "equivalenti depressivi", cioè come sintomi apparentemente difformi che coprono un quadro depressivo sottostante che rimane implicito. Tuttavia, anche se così fosse, occorre notare che al momento della perquisizione domiciliare, e nonostante la certo non felice situazione, Cucchi appariva ai genitori in buono stato di salute psicofisica, e che riferendosi al periodo precedente l'aggressione subita, il maresciallo Mandolini definisce Cucchi come persona "spiritosa". Atteggiamento, questo, ben lontano da ciò che ci si può aspettare in un depresso.

In conclusione, rispetto alla possibile vulnerabilità personologica di base su cui si instaura il trauma, Cucchi appare come un ragazzo con una personalità debole e problematica, ma senza espliciti disturbi psicopatologici di rilievo ad eccezione, ovviamente, dell'abuso di alcool e sostanze. In ogni caso la presenza di un eventuale disturbo di personalità o di sintomi psicopatologici minori ci sembra andrebbero considerati non già come un'attenuante, ma anzi come un'aggravante rispetto a chi ha perpetrato l'aggressione. Infatti, traumatizzare una persona già di per sé debole è indicativo o della volontà di creare più danni possibili approfittando dello stato di debolezza, oppure di una grave carenza formativa nel saper gestire situazioni conflittuali.

2) Caratteristiche psicotraumatiche dell'evento. Il secondo punto riguarda le caratteristiche psicotraumatiche intrinseche dell'evento, o degli eventi, traumatici occorsi. Vi è ampia letteratura che attesta che vi è una differenza tra eventi psicotraumatogeni impersonali (per esempio incidenti) ed intenzionali (violenze, abusi, torture, etc.). Lo stesso DSM-5 (p.284) segnala che rispetto a una prevalenza media di Disturbo da Stress Acuto inferiore al 20% dei casi esposti a un trauma che non comporta un'aggressione interpersonale, la prevalenza nel caso di "eventi traumatici interpersonali, compresa aggressione" varia dal 20% al 50%. Dati simili valgono per il PTSD (DSM-5, p.276). Inoltre, i dati di ricerca indicano che la prevalenza di sintomi

post-traumatici è massima nelle prime fasi successive al trauma. Ad esempio uno studio ha evidenziato i sintomi del PTSD nel 94% di vittime di stupro a una settimana dal trauma (Foa & Rothbaum, 1989). Insomma, nel caso di violenze inflitte - come ad esempio detenzioni, pestaggi, sessioni di tortura, etc. - l'effetto psicotraumatico intrinseco è di gran lunga superiore. Del resto eventi traumatici come l'abuso o la tortura sono esperienze dolorose e insostenibili per chiunque le subisce, con effetti potenzialmente distruttivi, e che si connotano come esperienze *oggettivamente traumatiche* (Caretti & La Barbera, 2004). Inoltre, la tortura e i CIDT non devono essere considerati semplicemente come situazioni particolarmente violente, bensì come esperienze con precise e specifiche caratteristiche. La tortura e i CIDT sono caratterizzati da violenze e abusi di tipo interpersonale, in cui la vittima è sottomessa ad uno o più aggressori in una condizione di privazione di libertà o di completa impotenza. I traumi interpersonali condividono con i traumi catastrofici l'impossibilità di proteggersi da un evento improvviso, violento e pericoloso, che può minare l'integrità psichica e/o corporea del soggetto. Il terrore soverchiante provocato da tali esperienze non trova risposta nelle capacità auto-protettive che una persona ha messo a punto nel corso della sua vita (Mosca, 2012). E' discutibile se nel caso di Cucchi si possa parlare propriamente di tortura o "solo" di trattamento inumano e degradante (cfr. capitolo 5). **Ciò che è certo è che l'aggressione cui è stato sottoposto Cucchi, qualunque ne sia stata la ragione e la finalità, ha avuto un forte impatto traumatico non solo sul fisico (come ampiamente attestato), ma anche sul piano psichico. In conclusione, sosteniamo che le violenze intenzionali di cui è stato oggetto Cucchi hanno caratteristiche tali da aver certamente avuto un effetto psicotraumatico intrinseco, indipendentemente dagli altri fattori in gioco, il che comporta un'alta probabilità (superiore a tutti gli altri traumi non intenzonali) di sviluppare un Disturbo da Stress Post-Traumatico, acuto e/o cronico.**

3) Ritraumatizzazione secondaria. Il terzo punto riguarda la quantità e ripetizione dei traumi. La letteratura scientifica è concorde nel rilevare che l'effetto psicotraumatico, e quindi la quantità e gravità dei sintomi psicopatologici post-traumatici è direttamente proporzionale al numero di traumi subiti (Herman, 1992; Van Der Kolk, 2005; Aragona et al., 2013). Particolare rilevanza è stata di recente attribuita alla cosiddetta "ritraumatizzazione secondaria" (Mazzetti, 2014). Per una persona che sviluppa un grave trauma, il rischio di subirne un secondo è significativamente aumentato rispetto alla popolazione generale. Inoltre, subire ritraumatizzazioni moltiplica in modo esponenziale l'effetto psicopatologico del trauma, aggravando i sintomi, peggiorando il decorso e, in diversi casi, facendo emergere ex-novo una sintomatologia postraumatica che non era comparsa dopo il trauma originario. Di particolare rilevanza è che mentre l'evento traumatico originario deve avere caratteristiche intrinseche di estrema gravità, gli eventi ritraumatizzanti possono al contrario anche essere minimali, e ciononostante innescare una grave reazione postraumatica. Per esempio, nella nostra esperienza, si è visto che nei rifugiati e richiedenti asilo un effetto ritraumatizzante è dato da esperienze come essere affrontato da personale in divisa o essere chiuso in una stanza senza poter uscire (eventi che ricordano la detenzione in cui si è prodotto il trauma iniziale), oppure

semplicemente essere oggetto di battute umilianti senza poter reagire (che rimanda alla condizione di impotenza vissuta durante l'evento traumatico originario) (Aragona et al., 2013; Aragona, 2014). Nel caso di Cucchi, se la seconda aggressione a Piazzale Clodio è effettivamente occorsa (e, come esposto nel capitolo 3, abbiamo ragione di ritenere che il racconto del testimone Samura Yaya sia plausibile), essa ha certamente avuto un effetto di ritraumatizzazione secondaria molto intenso sul piano psichico, al di là della presenza o meno di nuove lesioni sul piano somatico. Ma, anche al di là di questo specifico e gravissimo caso di una seconda violenza da parte di chi lo aveva in custodia, diversi sono gli altri fattori ritraumatizzanti cui Cucchi è stato sottoposto: a) rimanere per tutto il tempo successivo all'aggressione - prima nelle celle del tribunale, poi in carcere ed infine nel reparto protetto del Pertini - sotto la tutela di uomini in divisa (ad esempio carabinieri e polizia) come quelli che lo avevano sottoposto a gravissimi atti di violenza; b) restare in luoghi chiusi, di detenzione, con le sbarre, che rimandavano alla memoria l'ambiente in cui era avvenuto il trauma; è da notare che la stessa struttura sanitaria del Pertini, con le sbarre alle finestre, il controllo e le strette regole simil-carcerarie applicate, aveva tutte le caratteristiche per esser percepita da Cucchi non come un luogo di cura ma come un luogo ritraumatizzante; c) l'isolamento, che perpetua l'effetto ritraumatizzante dando al soggetto l'idea di esser in balia dell'aggressore; a nostro giudizio non è un caso che Cucchi invocasse in vari frangenti la presenza del proprio avvocato e cercasse disperatamente di instaurare un qualsiasi contatto con persone familiari come l'operatore del Ceis o il cognato. Questo punto tocca anche gli ultimi due. Le ricerche indicano che la disponibilità di supporto sociale da parte dei membri della propria comunità riduce la possibilità e la gravità delle reazioni psicotraumatiche, e che le condizioni ambientali sfavorevoli le peggiorano (Momartin et al., 2006; Schweitzer et al., 2006; Lindencrona et al., 2008). Recluso in un ambiente ospedaliero molto simile a un carcere, Cucchi non ha potuto usufruire del supporto del proprio gruppo (l'avvocato non è mai stato chiamato, ai familiari è stato concesso di vederlo solo dopo la morte) ed ha vissuto gli ultimi giorni della propria vita in condizioni ambientali sfavorevoli rispetto alla possibilità di superare vissuti post-traumatici. L'isolamento e la disperazione di Stefano traspaiono ancora una volta nella sua ultima lettera che conclude in questo modo rivolgendosi al volontario della comunità che lo aveva avuto in cura: "*P.S. PER FAVORE ALMENO RISPONDIMI, A PRESTO."* Secondo Van Der Kolk, l'essenza del trauma è proprio "un'assoluta impotenza combinata con l'abbandono da parte dei caregiver potenzialmente protettivi" (Van der Kolk, 2012). Nel caso Cucchi entrambe le condizioni si sono indubitabilmente verificate.

In conclusione, vi è ampia evidenza che Cucchi abbia subito eventi traumatogeni ed eventi e condizioni ritraumatizzanti dotati di un forte potere psicotraumatico intrinseco, atti cioè a provocare la comparsa di sintomi psicopatologici post-traumatici anche indipendentemente dalle caratteristiche personologiche di base.

Sintomi da stress post-traumatico

Abbiamo visto come sia accertato che Cucchi abbia subito gravi eventi traumatici che rientrano a pieno nella definizione del DSM-5 per la diagnosi di disturbi da stress post-traumatici, e che erano senz'altro presenti e in opera, nel suo caso, vari fattori "traumatogeni" atti a far insorgere una sintomatologia psicopatologica post-traumatica. Adesso occorre vedere se vi sia evidenza della presenza (o dell'assenza) dei sintomi post-traumatici, iniziando da quelli canonici del DSM.

1) Sintomi "intrusivi". Al criterio B del PTSD il DSM-5 elenca i sintomi "intrusivi": 1. Ricordi dell'evento traumatico ricorrenti, involontari e intrusivi, vissuti con sofferenza. 2. Sogni ricorrenti dello stesso tipo. 3. Reazioni dissociative come i flashback, nel corso delle quali il soggetto si comporta come se il trauma stesse accadendo in quel momento. 4. Sofferenza psicologica intensa o prolungata se si è esposti ad aspetti che simbolizzano o ricordano il trauma subito. 5. Marcate reazioni psicofisiologiche se esposti agli stessi stimoli appena descritti. Gli stessi sintomi sono elencati anche per il Disturbo da Stress Post-Traumatico Acuto (Disturbo da Stress Acuto).

Non essendo stato effettuato un colloquio psichiatrico o psicologico non si hanno a disposizione dati dettagliati sul vissuto di Cucchi, per cui occorre attenersi alle testimonianze raccolte e agli spezzoni di colloqui disponibili negli atti processuali. Non si può sostenere con certezza che vi fossero *ricordi involontari e intrusivi del trauma* (o dei traumi); Cucchi parla con diverse persone delle violenze subite, ma questi ricordi emergono nei colloqui e non sembrano avere caratteristiche involontarie e intrusive. D'altro canto non è neanche possibile sostenere che non vi fossero, in quanto nessuno sembra aver pensato di interrogare Cucchi in merito. Non è un caso che questi sintomi psicopatologici post-traumatici nella letteratura sul tema siano definiti "ferite invisibili" (Mollica, 2007; Aragona et al., 2014), proprio perché, mentre le ferite e le cicatrici sulla cute si vedono, gli effetti psicopatologici sono relegati al vissuto soggettivo della persona che ha subito il trauma, la quale spesso non sa che può essere utile parlarne, per cui lo tiene dentro di sé. In questo senso queste ferite sono "invisibili", in quanto emergono solo nel corso di un colloquio empatico con la vittima di violenza, nell'ambito di una relazione d'aiuto, spesso anche dopo anni dall'evento. Nel caso di Cucchi, dunque, non vi è una evidenza positiva che questi sintomi fossero presenti, ma non vi sono neanche evidenze che escludono che potesse averli e che non ne abbia parlato.

Un discorso simile vale per *gli incubi notturni e i sogni con contenuti relativi al trauma*. Qui si può inferire dalle difficoltà di sonno di Cucchi (si veda *infra*) che egli potesse averli, ma manca un'indagine specifica che ne dia testimonianza.

Per ciò che riguarda *le reazioni dissociative*, se presenti non sono grossolane come i flashback o la completa perdita di coscienza rispetto all'ambiente che circonda il paziente. E' possibile che Cucchi avesse reazioni dissociative della coscienza di tipo post-traumatico, ma esse erano sottili (si veda *infra*), si evidenziano da segni minimali ma qualitativamente caratteristici, mentre lo stato di coscienza più generale sembra non fosse intaccato: infatti, anche se a suo modo, Cucchi risponde sempre a tono agli

interlocutori, dimostrando di non aver perso il contatto con l'ambiente circostante, con i riferimenti spaziotemporali, con la propria persona e con gli altri. In altri termini, le reazioni dissociative sottili possono essere presenti anche in pazienti che appaiono lucidi, vigili e orientati, come viene descritto a più riprese Stefano Cucchi dai medici che lo hanno avuto in cura nella sua ultima settimana di vita.

In quanto ai *flashback e alle altre alterazioni di coscienza* che avrebbero potuto occorrere mentre era solo (per cui nessuno li avrebbe visti), vale quanto detto sopra per gli altri sintomi, ovvero che non vi sono evidenze né pro né contro la loro presenza in quanto Cucchi non sembra averne parlato con alcuno.

Per ciò che invece riguarda *le reazioni psicologiche e psicofisiologiche* il discorso cambia. Infatti è indubbio che Cucchi si trovasse in uno stato di evidente e prolungata prostrazione psicologica, ed essendo le condizioni in cui si trovava (luoghi chiusi di detenzione, anche nel caso del reparto ospedaliero del Pertini, che come visto aveva caratteristiche organizzative e strutturali molto simili a quelle di un carcere) del tutto simili a quelle nelle quali egli ha subito la/le aggressioni, si può concludere che queste condizioni sono senza alcun dubbio una "esposizione a caratteristiche interne o esterne che simbolizzano o somigliano ad un aspetto del/degli eventi traumatici" (DSM-5, p.271), e Cucchi era senz'altro in uno stato di "intenso o prolungato [nel suo caso entrambi] distress psicologico" (DSM-5, p.271).

Allo stesso modo, nelle stesse condizioni ambientali che simboleggiano o richiamano l'evento traumatico, Cucchi ha verosimilmente manifestato rilevanti reazioni fisiologiche (DSM-5, p.271) come ad esempio nausea persistente e astenia. (si veda *infra*).

In conclusione, mentre non si può né affermare né escludere con certezza che Cucchi avesse sintomi intrusivi tipo ricordi, sogni o flashback, è invece certo che egli presentasse intenso e prolungato distress psicologico e verosimili reazioni fisiologiche in situazioni ambientali che per loro caratteristica intrinseca indubbiamente simboleggiavano e ricordavano gli occorsi eventi traumatici.

2) Sintomi di evitamento. Nel criterio C del DSM-5 sono elencati i sintomi di "persistente evitamento degli stimoli associati al/agli eventi traumatici" (DSM-5, p.271), distinti in: 1. Evitamento o sforzi per evitare ricordi, pensieri o sentimenti stressanti relativi a o strettamente associati al/agli eventi traumatici", e 2. Evitamento o sforzi per evitare stimoli esterni (persone, posti, discorsi, attività, oggetti, situazioni) che ricordando eventi traumatici possano far sorgere ricordi, pensieri o sentimenti stressanti ad essi [ai traumi] connessi" (DSM-5, p.271). Entrambi i sintomi sono anche tra i criteri per il Disturbo da Stress Acuto. Non ci sono evidenze né a favore né contro la messa in atto, da parte di Cucchi, di comportamenti di evitamento di questo tipo riguardo al punto 1. I criteri diagnostici al punto 2 risultano invece ampiamente soddisfatti. A questo proposito è utile introdurre il già citato *Protocollo di Istanbul. Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante*, redatto nel 1999 da 75 esperti internazionali e adottata dall'Ufficio dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani nel 2000. Riguardo alle più frequenti reazioni psicologiche alla tortura e alla violenza intenzionale, il Protocollo

segnala che "Il senso di angoscia associato a tutto ciò che può simbolizzare o richiamare il trauma si manifesta spesso attraverso la diffidenza e la paura nei confronti dei rappresentanti dell'autorità, medici e psicologi compresi"[11].

Ed in effetti il comportamento evitante – in questo caso nei confronti dell'infermiere e del carabiniere che lo accompagnava - e il ritiro in se stesso emergono già nella notte del 16 ottobre, verosimilmente a poca distanza dall'aggressione subita, quando alla caserma di Tor Sapienza giunge un'ambulanza del 118 chiamata dal carabiniere di guardia poiché, a suo dire, il detenuto Cucchi accusava dei malori.

Si riportano di seguito le dichiarazioni rese dal carabiniere Colicchio, (cfr. pp. 187/188):

"DICH. COLICCHIO: scendevamo, stavo aprendo la porta e Stefa ... e gli dissi: "guarda, c'è l'ambulanza", "guarda, c'è l'ambulanza" , "non mi devo fa' vede", non mi devo fa' vede'". Comunque ho aperto la porta, siamo entrati all'interno del ... della stanza e il Cucchi è rimasto sotto le coperte. Al che gli ho detto: "ma fatti vede', no? Ormai stanno qua, fatti vede' se stai bene o no?" e lui ha fatto: "e che me devono vede' quanto so' bello", mi ricordo disse così e il dottore gli disse, mentre compilava il modulo che hanno loro, gli chiese se voleva essere ricoverato, che cosa soffriva e lui disse: "no, non ci ho niente, non ci ho niente, no non voglio essere portato in ospedale".

[……..]

"DICH. COLICCHIO: no, no no no no no. Mi ricordo che ... che io ho alzato la coperta, no, dicendo: "fatti vedere, no? Stanno qui, fatti vedere" e lui si è sollevato un pochettino, quello che ricordo, e disse: "che devo fa' vede' quanto so' bello?".

P.M. BARBA: c'è stato un dialogo fra ... questo in realtà non era un medico ma questo lo vedremo poi, questo sanitario diciamo e il Cucchi all'interno della cella? Che tipo di conversazione c'è stata fra di loro alla sua presenza?

DICH. COLICCHIO: gli chiese i dati e lui disse: "perché non te li può dà il Carabiniere?" una cosa del genere". […….. ……. ……]

"DICH. COLICCHIO: "come ti chiami .. e quello disse: "fatteli da' da lui, no?", tipo rispondendo che glielo potevo dare io e ... e poi gli chiese ... il dialogo fu: "che cosa hai, che cosa non hai" e lui gli rispose: "no, io non ho niente, sto bene" e poi gli chiese se voleva essere ricoverato e il Cucchi ... se voleva essere portato all'ospedale per essere visitato o altro e il Cucchi gli disse di no".

Al riguardo, conformi e dettagliate dichiarazioni ha reso l'infermiere del 118 Ponzo Francesco, (cfr. pp. 48/74 trascrizioni 16/5/2011):

PM: quando è arrivato lei.

DICH. PONZO: quando so' arrivato sul posto.

PM: sì.

DICH. PONZO: gli ho detto: "che ... che è successo?", dice: "guarda c'è ... ci abbiamo il fermato qui sotto che sta poco bene".

PM: chi glielo ha detto questo?

DICH. PONZO: oddio non me lo ricordo questo. Cioè fisicamente chi me lo ha detto non me lo ricordo.

[11] Protocollo di Istanbul, pag 162.

PM: e chi l'ha accompagnata sotto alla cella?
DICH. PONZO: sotto alla cella mi hanno accompagnato tutti e tre mi sembra, due o tre. Fino so ... fino all' interno della cella dove anche loro erano presenti. Mentre io ero lì, loro erano praticame ...
PM: sono entrati dentro alla cella anche loro?
DICH. PONZO: sì sì, anche loro, stavano vicino a me.
PM: ma uno, due o tre, non si ricorda?
DICH. PONZO: due sicuri.
PM: due Carabinieri.
DICH. PONZO: sì.
PM: anche questo Maresciallo che ha detto con il grado?
DICH. PONZO: quello non lo ricordo. E c'era anche il mio collega che era ...
PM: due Carabinieri in divisa comunque.
DICH. PONZO: in divisa, sì sì, stavano in divisa, perché uno era ... e dietro di me c'era il mio collega, Fiermonte.
PM: va bene. Quindi ha parlato con il Cucchi?
DICH. PONZO: ho parlato con Stefano, gli ho fatto: "Stefano, guarda, sono l'infermiere del ... ", gli ho dato confidenza perché era un ragazzo, sapevo che era un ragazzo, gli ho fatto: "guarda, sono l'infermiere del 118, che ... che tipo di problema hai? Hai un tipo di problema …", dice: "no, guarda, io non ho... non ho nessun tipo di problema non... non ho bisogno diciamo del ... del 118", gli ho fatto: "va be', dico, ma se sto qui un motivo ci sarà, cioè nel senso se veniamo chiamati per ... per qualcuno, cioè se stiamo qui un motivo c'è insomma, non è che veniamo chiamato così, se ci hai qualche problema dimmelo". Parentesi, tutta la conversazione sta ... avveniva che lui era coperto, praticamente tutto coperto, girato su decubito sinistro, quindi con il corpo volto verso ... rivolto ...
PM: verso il muro.
DICH. PONZO: ... verso il muro e aveva questa coperta con il braccio questo qui, il destro, di fuori. Nel mentre che ci parlo io ci ho un piccolo dispositivo che si applica al dito e ti dà una serie di parametri, che andavano bene, la saturazione e la frequenza, e continuavo comunque a parlarci in tono confidenziale, come per dirgli "ma guarda, ma tu soffri di qualche patologia, prendi farmaci per qualche motivo, sei allergico a qualche tipo di farmaco" e lui mi ha risposto: " no, guarda, io non ... non prendo farmaci non ... non ho nessun tipo di patologia e non sono aller…"

diciamo rispondeva ai miei quesiti che io ponevo a lui. Allorchè io poi a un certo punto, dico: "Ste', però io così non riesco a... te vorrei vede', cioè insomma….", dice: "ma guarda, a me non me serve, te ne puoi andà", dice "non me serve l'assistenza tua". Quindi cercavo comunque di entrarci un po' in con... di conquistamme un po' la fiducia sua insomma. Allorchè io cerco pure un pochino di tirargli giù la ... la coperta e ci siamo guardati per tre o quattro secondi negli occhi e poi lui praticamente si è ricoperto immediatamente. Nello scoprire, in quei tre quattro secondi, ho notato... ho notato solo sull' occhio. .. su tutte e due gli occhi che ci aveva degli arrossamenti qui, ma direi eri... una forma di... a mo' di eritema insomma, dei piccoli arrossamenti, qui sotto gli occhi, sugli zigomi, però si è ricoperto immediatamente. A quel punto gli ho detto: "a Ste' ma così non te posso

aiuta', come faccio a... ad aiutarti", dice: guarda, ti ho detto nuovamente che io non ci ho bisogno di niente". Questo discorso è andato avanti per tutto il tempo che so' rimasto lì con lui ...
PM: e chi era presente a questo discorso?
DICH. PONZO: al… al discorso erano presenti sia i Carabinieri, quei due Carabinieri che gli ho detto, penso, che erano in due e dietro di me c'era il mio collega, il barelliere. Questo discorso di cerca... gli ho detto anche: "dai Stefano, ma invece de 'sta qui ...", parlavo anche un po' in dialetto io diciamo per ... gli ho detto "viettene ... vieni con me, andiamocene in ospedale, poi insomma se ci hai qualche tipo di problema ne parliamo magari in separata sede" dice: "no no, guarda, io non ci ho nessun tipo di problema non ... io non ci ho bisogno dell' assistenza sanitaria". Ho insistito altre tre, quattro o cinque volte, al che lui si è pure un po' irritato, cioè l'avrò infastidito io magari con la mia insistenza e mi ha detto: "basta , ho detto, senti io non ci voglio veni' all' ospedale, non ci ho bisogno". Poi a quel punto ho detto, va be', magari così riesco a valutarlo meglio, dico: "guarda Ste' ci sarebbe da... devi firmare la scheda", io ci ho il mio verbale dove se un paziente si rifiuta comunque di essere trasportato nel ... al pronto soccorso, firma che diciamo lui non vuole venire, dico, così magari se lui firma lo vedo, cioè per firmare ti ... ti devi alzare, ti devi mette seduto. Lui mi ha detto: " guarda, io non firmo niente, non voglio veni'", gli ho detto: " va be', Ste', guarda io più di così non ... non so come aiutarti, cioè se ti dovesse riservire nuovamente l'assistenza sanitaria fai richiamare insomma, noi siamo sempre disponibili" e ci siamo congedati così. Poi sono andato su, mi sono fatto dare il resto dei dati del ... (*Motivazioni sentenza primo grado, pag. 7)*

E' da notare che questa attitudine di completo ritiro denota un drastico cambiamento rispetto al comportamento e allo stato d'animo attribuiti a Cucchi solo qualche ora prima dal maresciallo Mandolini, nel periodo immediatamente successivo all'arresto, quando nella notte a cavallo tra il 15 e il 16 ottobre Stefano viene tradotto presso la Stazione Carabinieri Roma Appia:

Ciononostante – a dire del maresciallo Mandolini – *"il signor Cucchi era una persona tranquilla, spiritosa, anche abbastanza ... e abbiamo fatto anche quattro chiacchiere insieme del ... cioè l'episodio che era successo e quant'altro"; "quindi posso soltanto dire che era abbastanza tranquillo, si ... si è anche scherzato, aveva anche dei tratti molto spiritosi, con un linguaggio romanesco simpatico insomma",* (cfr. pp. 8/9 trascrizioni 28/4/2011). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 2)*

Il comportamento di evitamento e il ritiro sociale continuano anche presso l'infermeria del Regina Coeli e all'ospedale Pertini, in questo caso nei confronti di chi rappresenta in quel luogo "l'autorità" e che, con domande, discorsi e azioni inerenti alle sue condizioni di salute, ricorda al paziente l'evento traumatico da poco subito: i medici e gli

infermieri. Al Pertini, Cucchi, oltre a rimanere costantemente "allettato" a causa delle lesioni alla colonna, passa la maggior parte del tempo coperto da un lenzuolo:

> La dottoressa anzi ci ha detto che il ragazzo passava le giornate coperto da un lenzuolo e che lei non lo aveva potuto neanche vedere perché aveva sempre il viso coperto da un lenzuolo *(Audizione di Ilaria Cucchi di fronte alla Commissione parlamentare di'inchiesta, 41° seduta, pag. 13)*

> CERIELLO. La prima volta che ho avuto modo di vedere Cucchi e` stata una domenica mattina: in effetti era completamente coperto e disse di non aver voglia di parlare con la volontaria, ragion per cui sono andata via. *(Audizione di un'assistente volontaria della Caritas operante presso l'ospedale «Sandro Pertini» di Roma di fronte alla Commissione parlamentare di'inchiesta 53° seduta, pag. 4)*

> Quando sono entrata nella stanza, lui era coperto con un lenzuolo. Scherzando, gli ho detto che non sono tanto brutta e l'ho invitato a tirarlo giu` *(Audizione della dottoressa Caponetti, dell'equipe medica del Pertini che ha prestato assistenza a Stefano Cucchi di fronte alla Commissione parlamentare di'inchiesta, 43° seduta, pag. 5)*

> GRAMAZIO (PdL). Questo ragazzo aveva il classico atteggiamento di un tossicodipendente oppure no? Lei ne avrà visti altri in quel reparto, quindi può dire se fosse il tipico atteggiamento dei tossicodipendenti. E ` vero che si copriva la faccia con il lenzuolo e che restava sempre coperto? E` un'altra informazione che ci e` stata data e vorrei sapere se risponde a verità. CORBI. Non so dire se sia un atteggiamento classico dei tossicodipendenti. Lui aveva questo atteggiamento. *(Audizione della dottoressa Corbi, dell'equipe medica del Pertini che ha prestato assistenza a Stefano Cucchi di fronte alla Commissione parlamentare di'inchiesta, 43° seduta, pag. 21)*

Del resto, comportamenti quali lo stare accovacciato, abbassare la testa, evitare il contatto visivo sono comuni tra i soggetti traumatizzati (Odgen 2006). Il ritiro sociale è, inoltre, considerato dall'American Psychiatric Association come un fattore particolarmente rilevante nel valutare la gravità del Disturbo da Stress Acuto, insieme ad altri sintomi come l'insonnia e la perdita di appetito/peso (Ursano et al., 2004), anch'essi presenti in Cucchi (si veda *infra*)

In conclusione, non si può dire se Cucchi evitasse o tentasse di evitare di pensare ai traumi subiti (in quanto non ne ha parlato), ma è del tutto evidente che – nella misura in cui gli fu permesso dalla sua condizione di paziente costantemente "allettato" - abbia ripetutamente messo in atto sforzi volti ad evitare stimoli (persone, discorsi) che lo obbligassero a rievocare il trauma.

3) Alterazioni cognitive e dell'umore. Nel criterio D del DSM-5 sono elencate le "alterazioni negative nella cognizione e nell'umore, associate al/agli eventi traumatici" (DSM-5, p.271), distinti in: 1. Incapacità di ricordare aspetti importanti del/degli eventi

traumatici, tipicamente legati ad amnesia dissociativa. 2. Credenze o aspettative negative su se stessi, gli altri e il mondo, persistenti e esagerate. 3. Distorsioni cognitive persistenti circa la causa o le conseguenze del/degli eventi traumatici. 4. Stati emotivi negativi persistenti. 5. Interesse o partecipazione in attività significative marcatamente diminuiti. 6. Sentimenti di distacco o estraneamento rispetto agli altri. 7. Incapacità persistente di provare emozioni positive. Di questi solo il primo e l'ultimo sintomo sono presenti anche nella diagnosi di Disturbo da Stress Acuto.

Rispetto al primo punto, in più colloqui Cucchi mostra incoerenze e contraddizioni nel racconto di quanto subito, sia riguardo ai tempi, sia riguardo a chi è stato responsabile del pestaggio, sia riguardo alle modalità e ad altri dettagli (cfr. capitolo 3). Si può escludere che vi fosse una ragione specifica per falsare la realtà, infatti Cucchi non poteva attendersi alcun vantaggio dal suo racconto né dal cambiamento di versioni. Le incoerenze vanno invece viste come un tipico disturbo cognitivo dei traumatizzati, i quali hanno lacune dissociative nei ricordi, incapacità di una organizzazione coerente del racconto, etc., dovuti a fini ma persistenti e fortemente invalidanti dissociazioni dello stato di coscienza. Come detto sopra, mentre si può escludere che Cucchi avesse grossolani disturbi di coscienza con stati di trance o flashback (o almeno non ne abbiamo nessuna evidenza positiva), è molto probabile che i traumi subiti avessero provocato alterazioni della coscienza più fini, che tipicamente si evidenziano da disturbi cognitivi come l'alterazione della sequenza temporale, dei riferimenti spaziali, contraddizioni nel racconto, etc. (sintomi questi tipici e ben noti, spesso segnalati anche per le ricadute nelle valutazioni delle commissioni per i richiedenti asilo: infatti i richiedenti traumatizzati hanno più probabilità di presentare incoerenze nelle storie che raccontano e se i membri della commissione di valutazione non ne sono informati rischiano di rifiutare l'accoglienza interpretando erroneamente le incoerenze come bugie). In modo molto simile, Cucchi mostra i tipici segni di alterazione cognitiva che conseguono a traumi violenti intenzionali, aggravati dal suo persistere in condizioni ritraumatizzanti.

Rispetto alle *credenze o aspettative negative su se stessi, gli altri e il mondo, persistenti e esagerate*, risulta da una testimonianza che Cucchi temesse di parlare per paura che i carabinieri potessero fargliela pagare:

> Levanaj e Gentijan (ndr: compagni di cella di Cucchi a Regina Coeli) infine hanno riferito di essere stati per un breve tempo ristretti in una cella con il Cucchi e di avere da lui appreso che era stato picchiato in caserma dai carabinieri (diversi da quelli che lo avevano tradotto in Tribunale) e che non avrebbe denunciato il fatto perché avevano minacciato "*che gli avrebbero fatto le carte per dieci anni*". *(Motivazioni sentenza d'appello pag. 43)*

Sicuramente era una paura persistente, mentre se fosse esagerata o meno dipende da molti fattori che qui è difficile soppesare. Bisogna inoltre prendere in considerazione il completo disinteresse per le proprie condizioni di salute *ergo* per sé stesso e il suo futuro, che Cucchi manifesta in più frangenti con particolare enfasi e durezza:

> la dottoressa BRUNO gli prescriveva pertanto delle flebo che Cucchi rifiutava perché non voleva aghi; per convincerlo gli aveva "*drammatizzato"* la situazione *"e quindi appunto io gli dissi 'guarda che se questa insufficienza renale progredisce … a questo punto è recuperabile, ma se l'insufficienza renale progredisce tu potresti anche andare in insufficienza renale terminale e quindi potresti rischiare di andare in dialisi",* (…), *"quindi non è che gli dissi 'domani muori se non ti fai le flebo', però gli spiegai che i rischi per la sua salute erano sicuramente significativi, in termini di qualità e di aspettativa di vita".* Ne riceveva in risposta *"a me non me ne frega un cazzo se crepo".* (*Motivazioni sentenza primo grado pag. 57)*

Riguardo le aspettative negative su se stesso e l'ambiente ci sembra pertanto che emergano segni tali da ritenere soddisfatto questo criterio diagnostico.

Rispetto alle *distorsioni cognitive persistenti circa la causa o le conseguenze del/degli eventi traumatici*, non sono disponibili dati che depongano in tal senso.
Ampiamente presenti, addirittura preminenti nel quadro clinico, sono invece gli *stati emotivi negativi persistenti*. In particolare, Cucchi aveva paura di poter essere nuovamente traumatizzato, e si trovava in uno stato dell'umore certamente deflesso. Occorre ricordare che prima di aver subito gli eventi traumatici Stefano non presenta segni depressivi, anzi viene definito "spiritoso" dal maresciallo Mandolini, il quale ricorda la disponibilità di Cucchi allo scherzo. Un umore depresso è invece senz'altro presente in tutti i giorni successivi all'arresto ed emerge chiaramente durante la degenza al Pertini, ad esempio quando nell'ultima e drammatica lettera (inviata il 20 ottobre ad un operatore della comunità dov'era stato in cura circa un anno prima) scrive: *"scusami se ora sono di poche parole, ma sono giù di morale e posso muovermi poco".*

Per ciò che riguarda l'*interesse o la partecipazione in attività significative marcatamente diminuiti*, Cucchi si mostra continuamente portato a isolarsi, disinteressato a ciò che gli succede. Impressionante in questo senso è, come già accennato, il profondo disinteresse per sé stesso e per ciò che gli può succedere che lo porta a rifiutare anche importanti possibilità di aiuto. Ciò emerge a più riprese in modo chiaro sia nel rifiuto di approfondimenti diagnostici, sia nel disinteresse per il cibo (di questo si dirà più nello specifico dopo), sia nello stare continuamente isolato e coperto.

Ad esempio, dalle annotazioni dei medici nel diario clinico del Pertini, emerge a più riprese il disinteresse e la diffidenza di Cucchi per le proposte diagnostico-tarapeutiche. Diffidenza che si traduce in un comportamento oppositivo e/o, come già evidenziato, evitante: "Paziente molto polemico….scarsamente collaborante" (18/10); "Rifiuta di continuare a parlare" (18/10); "Paziente non accessibile al colloquio. Rifiuta la visita medica" (19/10); "Videat consulenza oculistica. Il paziente rifiuta la visita" (20/10); "Rifiuta visita medica riferendo dolorabilità diffusa" "Rifiuta ECG" (20/10); "Si propone al paziente terapia infusionale con sol. Fisiologica che il paziente rifiuta"

(20/10); "Continua a rifiutare terapia idratante per via ev. Rifiuta inoltre TC cerebrale ed ECG" (21/10); "Si propone nuovamente al paziente reidratazione endovenosa ma il paziente rifiuta perché prima vuole parlare con il suo avvocato e con l'assistente della comunità di Roma. Lo stesso rifiuta anche di alimentarsi, come sta facendo già dall'ingresso, per lo stesso motivo. Per lo stesso motivo rifiuta anche di effettuare ecografia dell'addome" (21/10); "Il paziente accetta comunque idratazione orale. Ha un atteggiamento oppositivo e diffidente. E' polemico sul vitto che gli viene portato affermando di non poter mangiare riso, patate e carne in quanto celiaco. " (21/10). Il quadro che emerge è un misto di sospettosità e diffidenza, che lo porta a tratti ad apparire polemico da un lato, e di disinteresse per le proprie condizioni, una profonda sfiducia e un lasciarsi andare dall'altro.

Nell'insieme, dunque, Cucchi mostra un comportamento di evitamento e un ritiro sociale, non finalizzati a possibili vantaggi da acquisire, ma piuttosto spiegabili come una reazione comprensibile agli eventi traumatici subiti. Tutto ciò nel quadro di un umore depresso e di uno stato d'animo impaurito e sospettoso, con un profondo disinteresse per le proprie condizioni e per la propria sorte, un lasciarsi andare ben descritto nelle vittime di tortura e di CIDT. Ad esempio, il Protocollo di Istanbul descrive **"**disinteresse nei confronti di se stesso e della società" [12]. Secondo quanto emerge dalle carte processuali, durante la degenza al Pertini, Stefano manifesta stati d'animo di questo genere. Come si è visto, uno dei medici imputati riferisce che Cucchi avrebbe risposto "non mi interessa un cazzo se crepo"[13] allorché aveva cercato di esporgli i rischi per la sua salute se avesse continuato a rifiutare la terapia reidratante endovenosa. Nel diario clinico del Pertini si legge inoltre in data 20/10: "Si raccomanda pertanto idratazione orale (il paziente tuttavia esprime verbalmente disinteresse per le proprie condizioni di salute".

Anche per quanto riguarda i *sentimenti di distacco o estraneamento rispetto agli altri*, dalle testimonianze a disposizione non si hanno elementi per affermare né in senso positivo né in senso negativo che Cucchi abbia esperito tali stati mentali. E' certo però che Stefano ha ripetutamente manifestato *comportamenti* di distacco (si veda *supra* l'analisi delle condotte di evitamento e di isolamento sociale) verso la maggior parte delle persone che si sono avvicinate a lui, a partire dalla notte dell'arresto quando gli infermieri del 118, accompagnati dai carabinieri, cercano di visitarlo.
Infine, per ciò che riguarda l'*incapacità persistente di provare emozioni positive*, è certo che Cucchi in quel periodo non abbia mai espresso emozioni positive, ed è coerente con il quadro clinico, con l'umore di fondo depressivo e con i sintomi post-traumatici in atto che Cucchi si trovasse in un tale stato di prostrazione da non poter provare emozioni positive. D'altro canto ciò è altamente probabile ma non vi è controprova in quanto, nel periodo di fermo, detenzione e degenza, di notizie positive che avrebbero fatto emergere per contrasto la sua incapacità di gioirne, Cucchi non ne ha mai ricevute.

[12] Protocollo di Istanbul, pag. 162.
[13] Motivazioni sentenza primo grado, pag. 57.

Nel criterio E il DSM-5 elenca ***Marcate alterazioni nell'arousal e nella reattività, associate al/agli eventi traumatici***. (DSM-5, p.272). Esse sono: 1. Comportamento irritabile e scoppi di rabbia. 2. Comportamento a rischio o auto-distruttivo. 3. Ipervigilanza. 4. Esagerate risposte di allarme (startle response). 5. Problemi di concentrazione. 6. Disturbi del sonno. I criteri E 1, 3, 4, 5 e 6 fanno parte anche dei criteri per il Disturbo da Stress Acuto (DSM-5, p.281).
Rispetto al primo punto, *comportamento irritabile e scoppi di rabbia*, con aggressioni verbali e/o fisiche, con minima o nessuna provocazione, essi sono chiaramente attestati come quando, durante il periodo di degenza al Pertini, Cucchi manifesta le seguente reazione:

> In particolare, il dottor DE MARCHIS PREITE, controllato che in cartella era annotato "*terapia antalgica intramuscolare al bisogno*", chiedeva al paziente se fosse allergico alla tachipirina; questi era molto agitato e rispondeva al dottore insultandolo, accusandolo che voleva curarlo con la tachipirina *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 54)*

Sui *problemi di concentrazione* non vi sono evidenze né che vi fossero né che fossero assenti, non emergendo occasioni concrete in cui il fenomeno avrebbe potuto manifestarsi.
Per ciò che riguarda il *comportamento a rischio o auto-distruttivo*, è necessario fare le seguenti considerazioni. Non sono stati rilevati né tentativi di suicidio né episodi di autolesionismo (ad esempio tagli o automutilazioni), a meno che non si voglia interpretare il rifiuto del cibo da parte di Stefano come un comportamento autolesivo non dichiarato. Su questa linea appare l'interpretazione dell'American Psychiatric Association, che nelle linee guida pratiche per il trattamento di questi disturbi scrive: "La risposta al trauma, sia acuta che cronica, può includere comportamenti autolesivi (self harming) che spaziano dall'automutilazione a comportamenti alimentari disturbati" (Ursano et al., 2004, p.38) In ogni caso, il rifiuto delle cure e dell'alimentazione, oltre ad avere possibili ragioni psicofisiologiche (si veda *infra*) sono da considerarsi chiari comportamenti a rischio, come del resto attestato dall'esito infausto che questi rifiuti hanno contribuito a produrre.
Rispetto all'*ipervigilanza*, la sospettosità e il controllo di Cucchi su cosa gli viene somministrato costituiscono un sintomo al contempo simil-paranoideo (si veda *infra*) e di ipervigilanza.
In effetti, la diffidenza e la paura di Stefano si traduce in alcuni momenti in reazioni di tipo paranoide, anch'esse riscontrabili in pazienti vittime di violenza intenzionale (Mazzetti, 2014):

> Secondo la versione della Porcelli, il Cucchi in quell'occasione, (e in un momento in cui si sarebbero assentati tanto il Pepe quanto l'agente di custodia addetto), gli avrebbe riferito che voleva che gli consegnassero le bottigliette chiuse perché non si fidava in quanto era stato picchiato dai Carabinieri. Sempre secondo la Porcelli a quel punto lei l'avrebbe

> sollecitato a ripetere la frase davanti all'agente di custodia, ma lui si sarebbe rifiutato. Di questa singolare circostanza riferitale dal Cucchi non aveva parlato con nessuno." *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 53)*

L'ipervigilanza per la paura di nuove traumatizzazioni, e la sospettosità perché temendo nuove violenze e sentendosi esposto il paziente non riesce a fidarsi degli altri (a maggior ragione, come nel caso di Cucchi, se la persona è ancora in un ambiente di reclusione ed esposto a persone che per le loro caratteristiche rimandano al trauma) sono alla base di possibili elaborazioni secondarie paranoidee, che differiscono da quelle dei pazienti psicotici perché quelle sono primarie e inderivabili (Jaspers, 1964), mentre le costruzioni paranoidee dei traumatizzati sono comprensibilmente derivabili dalla loro paura di base di poter essere nuovamente sottoposti a violenza. L'ipervigilanza è dunque presente in Cucchi, nel cui caso rappresenta un elemento chiave dello sviluppo psicopatologico complessivo.
La vigilanza è poi strettamente correlata all'*arousal* ossia allo *stato generale di attivazione* e *reattività* del sistema nervoso in risposta a stimoli interni (soggettivi) o esterni (ambientali e sociali). A questo proposito, esiste un'ampia letteratura scientifica internazionale che attesta come gli individui che presentano un disturbo legato ad un trauma sono tipicamente vulnerabili non solo all'*iper-arousal* (possono sperimentare cioè un "eccessivo" stato di attivazione rispetto a un livello intermedio ottimale, adeguato per il funzionamento psicologico) ma anche, in maniera assai rilevante, all'*ipo-arousal* (sperimentano insufficiente *arousal*) e spesso oscillano tra questi due estremi (Post et al., 1997; Van der Haart et al., 2005; Van der Kolk et al., 2004). Come sottolineano Odgen e colleghi: "Molti pazienti di questo tipo trovano impegnativo differenziare in maniera accurata i vari elementi che caratterizzano le loro interne tendenze all'azione cognitive, emotive o sensomotorie. Invece, spinti da emozioni indifferenziate ed opprimenti e dall'arousal fisiologico, essi possono reagire impulsivamente, il che provoca un ulteriore disregolazione. Di converso, altri soggetti restano in balia di un cronico ipo-arousal, appaiono passivi, emotivamente "piatti" ed introversi, mentre altri possono sperimentare una drammatica alternanza bifasica tra i due estremi" (Odgen et al., 2012, pag. 44). "I deficit di ipo-arousal vengono spesso confusi allo stesso modo dal terapeuta e dal paziente e sono spesso scambiati per depressione, resistenza o comportamento passivo-aggressivo. Invece questi deficit devono essere considerati come una risposta di ipo-arousal al trauma" (Odgen et al., 2012, pag. 39). Nel caso di Cucchi è effettivamente ben evidente l'oscillazione tra le già citate manifestazione di *iper-arousal* e i sintomi di *ipo-arousal* segnatamente presenti nei perduranti stati di introversione e ritiro sociale esperiti dal paziente. Alla luce di queste considerazioni trovano, tra l'altro, spiegazione, le frequenti oscillazioni del comportamento di Cucchi nei confronti dei sanitari che via via lo avvicinano: in alcuni frangenti tranquillo e collaborativo, in altri agitato e aggressivo, nella maggior parte delle situazioni ritirato ed evitante, permanendo la gran parte del tempo coperto da un lenzuolo anche in presenza di interlocutori (si veda *supra*).

Solo a titolo d'esempio possiamo citare le dichiarazioni dell'infermiere Ponzo nelle prime ore del mattino del 16 ottobre:

> Poi ho ripetuto: «Dimmi che tipo di problema c'e`; voglio dire, se i carabinieri ci hanno chiamato, un motivo ci sara`». Lui seccamente ha risposto: «Guarda, io non ho bisogno di niente, non ho bisogno di assistenza sanitaria, per me ve ne potete anche andare». Al che mi ero pure un po'...e non riuscivo ancora a vederlo sul viso perché era proprio completamente coperto e girato sul decubito sinistro verso il muro. *(Audizione dell'infermiere Francesco Ponzo di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 49° seduta, pag.4)*

Del medico Degli Angioli nel pomeriggio del 16 ottobre a Regina Coeli:

> Per un medico penitenziario il termine collaborativo sta ad indicare una persona che si relaziona in maniera presente (…). Mi sono trovato di fronte una persona che si e` relazionata benissimo e non ha detto frasi del tipo: «Non voglio rispondere a niente, me ne devo andare». Rispondeva alle mie domande e alla mia proposta di ricovero non si e` opposto. Questi aspetti per me indicano un atteggiamento collaborativo. Si e` fatto visitare. *(Audizione del medico Rolando Degli Angioli di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 48° seduta, pag.21)*

Il medico Tibuzzi, la sera del 16 ottobre all'ospedale Fatebenfratelli:

> Anche a me ha colpito in prima battuta l'aspetto abbastanza emaciato del paziente, che però è apparso tranquillo, disponibile al colloquio, cordiale. *(Audizione del medico Francesco Tibuzzi di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 42° seduta, pag.6)*

Il medico Petillo, la mattina del 17 ottobre a Regina Coeli:

> Ma anche a me non ha dato possibilità di visitarlo (…). Abbiamo scambiato quattro parole, nel senso che rispondeva solo «si» o «no»: gli ho chiesto se la fiala cominciava a fare effetto e se sentiva meno dolore, ma ha detto «no», o meglio neanche mi ha risposto, talmente era oppositivo. Gli ho detto che stavo cercando di capire come stava per dargli una mano, per aiutarlo. Il suo comportamento era quello di una persona lucida, non era assolutamente obnubilato, rispondeva a tono alle domande, solo che era un tono molto oppositivo (…) il soggetto non mi pareva uno di quelli che si fanno intimorire, ma rispondeva a tono, era aggressivo, quindi non credo avesse paura di dirci delle cose (qualora vi fosse stato qualcosa da dire). *(Audizione del medico Pellegrino Petillo di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 40° seduta, pag.16)*

La dottoressa Caponetti, la sera del 17 ottobre all'ingresso di Cucchi all'ospedale Pertini:

> Ribadisco che il fatto che fosse socievole e collaborativo non si è verificato fin dall'inizio, quando l'ho trovato con il lenzuolo (quella e` una cosa che poi dipende pure dall'approccio). (…) Con me e` stato tranquillo ed e` stato bene… *(Audizione del medico Rosita Caponetti di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 43° seduta, pag.12)*

La dottoressa Corbi, il 18 ottobre all'ospedale Pertini:

> Quello che posso dire è che, come ho anche scritto in cartella**,** il ragazzo era molto oppositivo e polemico, o almeno ai miei occhi si e` manifestato in questo senso. *(Audizione del medico Stefania Corbi di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 43° seduta, pag.19)*

Il dottor De Marchis Preite, il 19 ottobre all'ospedale Pertini:

> Avendo visto la costituzione del paziente, mi ero accorto che vi era poca massa muscolare. Di conseguenza, gli ho proposto la somministrazione di paracetamolo endovena, chiedendogli se fosse allergico alla tachipirina. In risposta, egli mi ha trattato malissimo, lamentando che io volessi dargli la tachipirina quando lui avvertiva un dolore fortissimo. *(Audizione del medico Luigi De Marchis Preite di fronte alla Commissione parlamentare d'inchiesta, 43° seduta, pag.47)*

Concludendo su questo punto, in Cucchi è sicuramente presente una marcata alterazione nell'*arousal*, sia nel senso di *iper-arousal* con iper-vigilanza sia nel senso di *ipo-arousal* e oscillazione tra questi due stati.

Le *esagerate risposte di allarme* , invece, non sono rilevabili nel comportamento di cui si ha testimonianza. Infine, sono senz'altro presenti importanti *disturbi del sonno*. Infatti è stato documentato almeno un episodio certo di insonnia, trattato farmacologicamente mentre Cucchi era ricoverato al Pertini: "*nella notte mi chiama per insonnia. Io somministro una compressa di "Stilnox" verso l'una".*[14] Sarebbe stato utile avere più informazioni sul tipo di insonnia presentata, se cioè fosse un'insonnia all'addormentamento, se vi fossero ripetuti risvegli notturni, se vi fosse un risveglio precoce, e sull'autodescrizione di Cucchi di questa insonnia (cosa che tra l'altro avrebbe consentito di appurare se vi fossero o meno gli incubi notturni del criterio B2, tipici dei disturbi post-traumatici). In mancanza di un videat psichiatrico, l'insonnia è stata annotata senza ulteriori specificazioni che potessero essere utili per la diagnosi, limitandosi alla prescrizione di ipnoinducenti.

4) Altri sintomi. Come detto in premessa, le reazioni psicopatologiche post-traumatiche sono più vaste dei sintomi elencati dal DSM, e nella letteratura internazionale si è cercato di porre attenzione a questo punto elaborando concetti come quello di Disturbo da Stress Post-Traumatico *Complesso* (Herman, 1992; Roth et al., 1997; Van Der Kolk, 2005). Tipicamente, la presenza di un più vasto corteo sintomatologico è più probabile in chi, come Cucchi, ha subito violenze intenzionali. Tra questi sintomi vi sono depersonalizzazione e derealizzazione (elencati dal DSM come possibili sottotipi del PTSD), non evidenziati in Cucchi, le pseudo-allucinazioni e l'ideazione paranoide (che il DSM-5 mette nelle "caratteristiche associate" del PTSD ma non nei criteri diagnostici), le somatizzazioni e i sintomi neurovegetativi.
Come detto sopra, Cucchi manifesta durante il ricovero al Pertini una sospettosità e una diffidenza, particolarmente nell'ingestione di alimenti e soprattutto bevande, che

[14] Deposizione dell'imputato De Marchis ((Motivazioni sentenza primo grado, pag. 58).

suggeriscono la possibile presenza di idee di persecuzione e di avvelenamento. Questo sintomo è particolarmente importante sia perché attesta lo stato d'animo del paziente, che evidentemente si sentiva ancora esposto a possibili nuove aggressioni, sia per il ruolo che esso ha nel comportamento conseguente di Cucchi, il quale non mangiando e bevendo a sufficienza mette la sua salute così a rischio al punto che si innescherà la catena catastrofica che porterà allo scompenso finale e alla morte.
Un altro sintomo tipico dei traumatizzati ma non considerato nei criteri del DSM è la *somatizzazione*, definita come la presenza di sintomi riferiti al corpo (dolori, etc.), senza che sia possibile riscontrare una base organica responsabile, oppure presentati con una gravità molto maggiore di quanto ci si potrebbe aspettare in base alla causa organica che li provoca. Del resto, è noto che il trauma psicologico ha profondi effetti sul corpo e sul sistema nervoso e che molti sintomi presentati da soggetti traumatizzati sono guidati a livello somatico (Van der Kolk, 1994; Nijenhuis & Van der Hart, 1999; Van der Kolk et al., 2004; Van der Hart et al., 2004). In popolazioni con aumentata prevalenza di traumi, come i migranti, si è visto che le somatizzazioni sono "significativamente correlate a eventi traumatici e sintomi post-traumatici. Questo dato fornisce un contributo al dibattito scientifico nel sostenere che la somatizzazione sia una parte vitale della sintomatologia post-traumatica (trauma complesso)" (Aragona et al., 2010). In particolare, sintomi somatici quali mal di testa ed altri dolori, corroborati o meno da osservazioni cliniche, sono comuni tra le vittime della tortura e più in generale dei traumi estremi. Il dolore è a volte l'unico lamento espresso, e la collocazione nonché l'intensità di esso possono variare. I sintomi somatici possono essere una conseguenza diretta della tortura, o avere un'origine puramente psicologica. Tra i più tipici figurano i dolori dorsali e muscolo-ossei ed anche i mal di testa[15].
Il dolore intenso e persistente è senz'altro il sintomo fisico che più affligge Stefano nel periodo che va dalla notte del 16 ottobre fino al momento della sua morte nel prime ore del 22 ottobre. Nel documento di motivazione della sentenza di primo grado la parola dolore/i ricorre cinquanta volte.

> Notte del 16 ottobre presso la caserma di Tor Sapienza. Lamentava dolore e male alla testa e lui (ndr infermiere Ponzo) aveva insistito per portarlo al Pronto Soccorso invogliandolo a confidarsi: *"se c'hai qualche tipo di problema ne parliamo in separata sede",* (al colloquio era presente il carabiniere Colicchio) *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 21)*

> Ore 14 del 16 ottobre. Dal certificato redatto dal dottor Ferri, medico presso l'ambulatorio della città giudiziaria di Piazzale Clodio. *Riferisce dolore e lesioni anche alle regioni del rachide e agli arti inferiori, ma rifiuta anche l'ispezione. (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 35)*
> Ore 16 del 16 ottobre. Deposizione del medico Degli Angioli a Regina Coeli. *Lui ha tirato giù direttamente i pantaloni senza sbottonarli, senza aprire la cinta, e ho visto questo forte rossore, che c'era localizzato nella zona sacrale, un pochino più alto, quasi lombare. Allora da così ho fatto*

[15] Protocollo di Istanbul, pag 164.

una digitopressione e lui ha avvertito subito un contraccolpo, un vivo dolore. (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 37)

Ore 20 del 16 ottobre. Deposizione del medico di pronto soccorso all'Ospedale Fatebenefratelli. *Quando entrò nella... nella stanza, gli chiesi che cosa era successo e lui mi disse che era caduto e che lamentava un forte dolore alla schiena (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 39)*

Ore 11 del 17 ottobre. Verso le h. 11,00 il dottor Piccirillo Gianluca, medico di guardia del Centro Clinico di Regina Coeli, veniva chiamato dall'infermiera della Sezione, (Olivares Griselda: cfr. pp. 101/109 trascrizioni udienza 4/7/2011), perché Cucchi lamentava nausea e dolenzia diffusa, aveva brividi di freddo, ma non febbre, e diceva di non potersi alzare per il gran dolore. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 44)*

Ore 12.15 del 17 ottobre. Pertanto, verso le h. 12,15, l'agente della Polizia Penitenziaria Cantone Mauro, (cfr. pp. 125/151 trascrizioni udienza 23/5/2011), veniva incaricato di scortare l'ambulanza del 118, chiamata con urgenza, che avrebbe portato Cucchi, in preda a forti dolori alla schiena, di nuovo all'Ospedale Fatebenefratelli. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 45)*

Mattina del 18 ottobre, Ospedale Pertini. Tuttavia poco dopo il detenuto aveva suonato il campanello perché aveva dolore. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 52)*

19 ottobre, Ospedale Pertini. Nella consulenza ortopedica registrata sul diario clinico si legge: "Algia sacrococcigea viva.". *(Diario clinico di Stefano Cucchi all'ospedale Pertini)*

20 ottobre, Ospedale Pertini. Dal diario clinico: "rifiuta visita medica riferendo dolorabilità diffusa". *(Diario clinico di Stefano Cucchi all'ospedale Pertini)*

Notte del 20 ottobre, Ospedale Pertini. Dalla deposizione del dottor De Marchis: "Mi chiede sempre una terapia antalgica, per il dolore" *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 58)*

Stefano dunque non solo riferisce vivi dolori a livello sacro coccigeo in corrispondenza della frattura sacrale, ma anche alla schiena, agli arti inferiori, mal di testa e dolori generalizzati. Occorre cautela nell'interpretazione di questa sintomatologia dolorosa, perché una significativa parte di essa ha senz'altro una causa organica, ovvero i traumatismi multipli e le fratture provocate dalla/e aggressione/i subita/e. Da un punto di vista psicologico la presenza di questa dolorabilità può aver comportato una focalizzazione cognitiva sul corpo e sui dolori, rendendo il paziente più attento alla percezione corporea e più sensibile ai dolori, portando di conseguenza a un

abbassamento della soglia del dolore e quindi a una possibile enfatizzazione del dolore percepito. E' dunque possibile che nel caso dei dolori di Cucchi siano compresenti due componenti, il dolore su base organica conseguenza diretta delle lesioni fisiche provocate dalle aggressioni subite, e un dolore tipo somatizzazione come conseguenza indiretta sul piano psicologico, mediato da una iperattivazione cognitiva e una focalizzazione sul corpo e sulle sue disfunzioni. Si può comunque affermare che la sofferenza psichica provocata dalle violenze subite è stata certamente acuita ed amplificata dal dolore direttamente causato dalle lesioni fisiche, il quale ha inoltre contribuito ad aggravare la marcata attenuazione dello stimolo ad alimentarsi del paziente di cui si parlerà estesamente in seguito.

Altre somatizzazioni che si verificano con frequenza come reazione ad un intenso trauma psichico sono l'astenia e i disturbi gastrointestinali come ad esempio la nausea (Young et al, 1998; Odgen et al, 2012), anch'essi manifestati da Stefano Cucchi durante il periodo della detenzione: "riferisce senso di nausea ed astenia"[16] (pomeriggio del 16 ottobre); "lamentava nausea e dolenzia diffusa, aveva brividi di freddo, ma non febbre"[17] (mattina del 17 ottobre). Al pari dei sintomi dolorosi, è probabile che queste manifestazioni possano essere in parte espressione di processi somatici innescati dal politraumatismo, ed in particolare dal trauma cranico, e in parte reazione psicofisiologica al trauma psichico.

Diagnosi

Come visto, tra Disturbo da Stress Acuto e Disturbo da Stress Post-Traumatico vi è, nel DSM-5, un'ampia sovrapposizione nei sintomi. Ciononostante, il modo in cui essi vanno calcolati varia nei due disturbi: nel Disturbo da Stress Acuto devono esser presenti almeno 9 dei 14 sintomi elencati. Per la diagnosi di Disturbo da Stress Post-Traumatico, invece, occorre un numero minimo per ogni criterio: 1 per il criterio B, 1 per il C, 2 per il D, 2 per l'E.

Dalla sovraesposta analisi del caso Cucchi emerge che la sua sintomatologia soddisfa i criteri B4, B5, C2, D1, D2, D4, D5, E1, E2, E3 ed E6 del Disturbo da Stress Post-Traumatico del DSM-5, per cui il criterio sintomatologico è pienamente raggiunto. Rispetto al Disturbo da Stress Acuto, invece, sono presenti solo 6 dei 14 sintomi elencati, per cui la soglia diagnostica non viene superata. A questo proposito, è però utile ribadire che 6 degli 8 sintomi non ammessi sono stati esclusi unicamente perché, in base alle informazioni disponibili, non è possibile affermare né che vi fossero né che fossero assenti.
A parte quello sintomatologico, un altro criterio diagnostico del DSM-5 è quello temporale. Sia il Disturbo da Stress Acuto che il Disturbo da Stress Post-Traumatico vedono l'esordio dei propri sintomi "dopo che l'evento traumatico è avvenuto" (DSM-5, p.271 e p.280). Si differenziano invece rispetto alla durata della sintomatologia, che nel

[16] Motivazioni sentenza primo grado, pag. 37.
[17] Motivazioni sentenza primo grado, pag. 44.

Disturbo da Stress Acuto varia tra 3 giorni e 1 mese dopo l'esposizione al trauma (DSM-5, p.281), mentre nel Disturbo da Stress Post-Traumatico supera il mese (DSM-5, p.272). Nel caso di Cucchi il secondo criterio risulta inapplicabile, poiché essendo egli deceduto prima che fosse trascorso un mese dal trauma originario, non è possibile dire se i sintomi sarebbero durati o meno oltre questa data temporale. Ci si ritrova quindi nella particolare condizione per la quale il quadro clinico del paziente soddisfa i criteri diagnostici del Disturbo da Stress Post-Traumatico, ma proprio perché i sintomi in oggetto erano particolarmente gravi il paziente è deceduto prima del mese di durata previsto dai criteri temporali, e quindi la diagnosi non può essere fatta. Nel caso del Disturbo da Stress Acuto, invece, sarebbero soddisfatti i criteri temporali (perché dura almeno tre giorni e meno di un mese), ma a causa delle minimali ma significative differenze nelle modalità di computo dei criteri diagnostici non è soddisfatto del tutto il criterio sintomatologico, e dunque neanche questa diagnosi può esser formulata a pieno titolo.

D'altra parte, il DSM-5 consente al clinico di fare una diagnosi di "Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione", una categoria diagnostica che "si applica alle presentazioni nelle quali i sintomi caratteristici di un disturbo correlato a trauma e stress, che causa significativa sofferenza o difficoltà a livello sociale, occupazionale o in altre importanti aree del funzionamento, predominano ma non soddisfano pienamente i criteri per nessuno dei disturbi della classe dei disturbi correlati a trauma e stress. La categoria degli altri disturbi specificati correlati a trauma e stress si usa in situazioni nelle quali il clinico sceglie di comunicare la specifica ragione per cui la presentazione clinica non soddisfa a pieno i criteri" (DSM-5, p.289). Nel caso di Cucchi, dunque, la diagnosi formale secondo il DSM-5 è di "Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione" del tipo "Disturbo Acuto da Stress sottosoglia".

Da un punto di vista strettamente clinico il quadro descritto è *grave* e *tipico* di una *reazione post-traumatica* dovuta all'esposizione (probabilmente ripetuta) *a gravi eventi traumatici intenzionali*, complicata da una persistenza in condizioni ambientali potenzialmente ritraumatizzanti. Indipendentemente dalla casella formale del DSM-5 nella quale inserire la descrizione del caso (comunque utile al fine di avere un linguaggio comune e comprensibile), la descrizione clinica è inequivocabilmente chiara e definita, non equivocabile rispetto ad altre possibili diagnosi e quadri clinici.

In conclusione, il quadro clinico presentato da Cucchi è quello di un grave e specifico disturbo post-traumatico conseguente a traumi intenzionali, che rientra nei criteri diagnostici del DSM-5 per "Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione" del tipo "Disturbo Acuto da Stress sottosoglia".

La riduzione dell'apporto alimentare

I sintomi pertinenti all'alimentazione vanno trattati a parte a causa della loro importanza riconosciuta nel corso dei processi nella dinamica di scompenso fisiopatologico che ha

condotto al drammatico esito della vicenda Cucchi. Iniziamo con una descrizione del quadro clinico, a cui seguirà l'interpretazione diagnostica.

Nel periodo successivo all'arresto fino al momento della morte, Stefano si alimenta poco ed irregolarmente, andando incontro ad una drammatica perdita di peso: in cinque giorni e mezzo perde 10 kg passando dai 50 kg rilevati all'ingresso a Regina Coeli ai 40 kg al momento della morte. Ma vediamo nel dettaglio come si evolve la condotta alimentare di Stefano a partire dal 18 ottobre fino al momento della morte, così come è possibile desumerla dalle testimonianze rese durante il processo:

> Domenica 18 ottobre. Il paziente beveva il the e mangiava dei "*biscotti che lui aveva portato con sé e che aveva sul tavolino*" *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 51)*
> quando poi era arrivato il pranzo, nonostante gli fosse rappresentato che si trattava di un vitto apposito per celiaci, aveva *"mangiato poco" (Motivazioni sentenza primo grado, pag. 51)*
> La Silva Spencer, pur essendo stata di turno nei giorni 18, 19 e 20 ottobre ed avendo modo quindi di costatare che Cucchi *"mangiava e beveva poco"*, (*"diciamo che lui mangiava poco, non è che ha detto 'io non voglio mangiare', mangiava poco"*), non gli aveva mai detto che poteva incorrere in gravi rischi per la sua salute. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 52)*
> Pur avendo "*mangiato e bevuto poco*" a pranzo e rifiutato la cena, intorno alle 16,00/16,30, aveva bevuto un bicchiere di succo di frutta per merenda, (e una tazza di the zuccherato con biscotti a colazione). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 52)*
>
> Lunedì 19 ottobre. Gli aveva portato la colazione, (del thè con due bustine di zucchero e delle fette biscottate per celiaci), che il paziente aveva assunto senza problemi. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 53)*
> Alle h. 13,15 circa la Porcelli aveva portato il carrello con il pranzo. Il giovane in un primo momento si era rifiutato di mangiare il riso sostenendo che non lo poteva prendere in quanto celiaco, ma l'infermiera lo aveva rassicurato che il riso rientrava tra i cibi permessi. Gli aveva quindi aperto i contenitori che erano sul vassoio, che era completo e comprendeva un primo, un secondo con contorno e del pane speciale; ma la Porcelli non aveva controllato se il pasto fosse stato in effetti consumato o no perché se ne era andata essendo finito il suo turno. Tuttavia, prima di uscire notava che il paziente aveva sul comodino quattro bottigliette di acqua, (ciascuna con la sua cannuccia, per rendergli meno faticoso l'atto di bere, posto che, come detto, era costretto dai dolori alla posizione prona), tutte iniziate; gli aveva proposto di aprirgliene ancora un'altra: *'facciamo così, prenda questa bottiglia che gliela sto dando io durante le mie ore di servizio così capisco quanto lei assume',* ma il giovane le aveva risposto: *'non mi tocchi le bottigliette',* (cfr. p. 20); "*io mi sono trovata praticamente con lui in un momento in cui non capivo il perché c'erano quattro bottigliette sul tavolino*

e gli dissi 'come mai bevi quattro …' , 'cioè smezzi tutte e quattro le bottigliette … voglio capire quanto assumi', (cfr. p. 10). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 53)*

Per quanto riguardava l'alimentazione, all'ora di merenda Cucchi prendeva del the, (*"AVV. CECI - per quanto riguarda la necessità di idratarsi, lei ha mai spiegato al Cucchi i pericoli eventuali a cui sarebbe andato incontro se non si fosse idratato? TESTE CARPENTIERI - io quando passai con la merenda il Cucchi non fece alcun rifiuto, perché lo bevve e lo bevve davanti a me"*), mentre per la cena ha riferito: *"io all'ora di cena gli portai il vitto e gli chiesi se voleva aiuto, lui mi disse di no che avrebbe fatto da solo* (…) *mi ricordo che trovai i vassoi aperti con del cibo mancante"* (cfr. p. 179 *ibidem*). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 55)*

Il paziente presentava un po' di ipoglicemia probabilmente dovuta al fatto che la sera del 18 non aveva cenato, ma il dottore si era tranquillizzato perché le infermiere Carpentieri e Masciarelli gli avevano detto che quella sera aveva cenato e preso il the zuccherato a merenda. *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 56)*

Martedì 20 ottobre. Che pure rifiutava il pranzo per celiaci, (riso al sugo), adducendo di non gradire il sugo (*"anche in questa occasione lui m'ha detto che non … A me sinceramente m'ha dato la sensazione che si volesse alimentare poco perché io l'ho cercato di stimolare a mangiare",* (…), *"perché mi era sempre stato segnalato dai colleghi che lui si alimentava poco, che beveva poco, che mangiava poco. Quindi c'eravamo passati comunque la cosa che dovevamo stimolarlo sempre"*). *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 57)*

Mercoledì 21 ottobre. *bevo dell'acqua e per me basta bere acqua, non mi dovete mettere nessuna flebo'* (…) *"perché la dottoressa poi era preoccupata di questa cosa ed è stato proprio il giorno 21 che lei scrive quella cosa che voi vedete aveva disposto i quattro bicchieri d'acqua ogni volta che si entrava, è stato disposto proprio il giorno 21 perché era l'unica arma",* (…) *"dopo siamo usciti, allora a lui gli ho proposto, dico: 'Stefano, devi farci la cortesia di almeno bere, però no che dici che bevi tu per conto tuo, devi bere davanti agli infermieri, davanti agli operatori, cioè a noi non ci basta più che tu dici 'si, ho bevuto', ma devi bere in presenza nostra*"
(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 61)

Mercoledì 21 ottobre. *"Stefano, è successo qualcosa? C'hai bisogno di qualcosa?", dice "Mah, veramente, vorrei una cioccolata". Ho detto: "La cioccolata, Stefano, dove te la vado a prendere mo' la cioccolata?", dico: "Guarda che, se vuoi, noi, di là, c'abbiamo le marmellate, c'abbiamo i succhi di frutta, c'abbiamo altre cibarie, ma la cioccolata non ce l'abbiamo". Dico: "Se ti va bene, ti porto un po' di marmellata, ti porto qualcos'altro". Se c'hai fame, ti do qualcos'altro". E lui: "Ah, no, no. Ah, se*

> *non c'è la cioccolata, allora non voglio niente. Vi ringrazio, buonanotte".*
> *(Motivazioni sentenza primo grado, pag. 68)*

Il quadro che emerge è quello di un paziente che si alimenta assai poco, in modo irregolare e di mala voglia. Come espresso in una testimonianza, non è che lui si rifiuti, o almeno non sempre si rifiuta. Inoltre, non si può dire che non mangi nulla, semplicemente mangia e beve in modo largamente insufficiente rispetto al suo fabbisogno. Questo comportamento particolare non può essere spiegato con intenti razionali (ad esempio sciopero della fame o altro), poiché allora il comportamento sarebbe stato coerente con il fine e non così ondivago. In una occasione, il 21 ottobre, egli dichiara di non volere alimentarsi fino a che non potrà parlare con il suo avvocato. Però pochi istanti dopo, secondo quanto riportato nel diario clinico, afferma di non poter mangiare il vitto che gli è stato portato perché inadatto ad un celiaco. E' insomma un comportamento che appare troppo incoerente per essere spiegabile come una strategia di protesta o per ottenere determinati benefici. In altre parole, risulta plausibile che Stefano in alcuni frangenti - data la disperante condizione di abbandono e di isolamento in cui si percepiva dopo aver subito l'aggressione - abbia cercato di utilizzare il proprio rifiuto del cibo come strumento di protesta allo scopo di poter comunicare con persone di sua fiducia, ma è altrettanto palese che tale estrema strategia, attuata in modo esplicito solo in un'occasione al quarto giorno di ricovero, si innesta in un quadro più complesso di riduzione dell'apporto alimentare, documentato fin dalle prime ore di degenza al Pertini. D'altro canto, si può escludere fermamente l'ipotesi dell'anoressia nervosa, poiché i cibi rifiutati e quelli accettati non sono coerenti con le restrizioni alimentari tipiche dell'anoressia; significativo, in questo senso, è che Cucchi a un certo punto chieda di avere un cibo ipercalorico come la cioccolata, cosa che nessun paziente anoressico farebbe mai.

A più riprese Cucchi giustifica il suo comportamento come conseguenza del fatto che essendo celiaco egli deve evitare alcuni cibi. In diverse circostanze Cucchi rifiuta il cibo perché a suo parere sarebbe inadatto ad un celiaco, quale lui dichiara di essere fin da subito (condizione, per altro, negata dai familiari). Il giorno 18 ottobre gli viene dato un pranzo apposito per celiaci, ma nonostante ciò mangia poco. Lunedì 19 ottobre, invece, mangia regolarmente la colazione a base di thè con due bustine di zucchero e fette biscottate per celiaci. A pranzo però Cucchi non vuole mangiare il riso sostenendo che non lo può assumere in quanto celiaco, e l'infermiera lo rassicura che il riso rientra tra i cibi permessi. Non è noto se poi, in seguito alle rassicurazioni, abbia mangiato. Martedì 20 ottobre Cucchi rifiuta il pranzo per celiaci, ma in questo caso la motivazione è che non gli piace il sugo. Il 21 ottobre, dopo aver detto di non volere alimentarsi fino a che non potrà parlare con il suo avvocato, cambia motivazione e afferma di non poter mangiare il vitto che gli è stato portato perché inadatto ad un celiaco. Anche in questo caso la motivazione per la restrizione alimentare non sembra essere realmente la celiachia, in quanto Cucchi a volte mangia e altre volte non mangia il cibo portatogli, che comunque è sempre adatto per la celiachia. Non è chiaro perché Cucchi avanzi spesso questa ragione, se fosse una scusa come un'altra o se avesse una effettiva preoccupazione specifica in merito. Ciò che però è certo è che l'effettivo

comportamento non sembra correlabile alla effettiva presenza di glutine negli alimenti. Del resto, è significativo che Cucchi non restringe solo l'apporto di cibo ma anche, come evidenziato nelle diverse testimonianze dalle quali emerge la preoccupazione dei sanitari per questo aspetto, di acqua. Quindi, è senz'altro una restrizione dell'apporto largamente indipendente dalla celiachia.

Se non è un rifiuto né per protesta né per condizioni internistiche, occorre capire quale possa essere quindi la motivazione per queste restrizioni. Sicuramente il quadro psicopatologico di Cucchi in quei giorni è quello sovraesposto di un soggetto con in atto una grave reazione psicotraumatica e umore depresso. Una significativa riduzione nell'appetito e nell'assunzione alimentare è chiaramente riportata:

1) nella depressione, dove spesso c'è una significativa riduzione dell'appetito, in linea con la riduzione di tutte le funzioni vitali che caratterizza la depressione (DSM-5, p.161);
2) nel quadro delle più comuni reazioni somatiche ad uno stress traumatico (Young et al, 1998);
3) nei veri e propri disturbi da stress post-traumatico (Ursano et al., 2004).

Benché non menzionato nei criteri diagnostici del DSM-5, le linee guida per il trattamento del Disturbo da Stress Acuto e del Disturbo da Stress Post-Traumatico elaborate dall'American Psychiatric Association considerano la perdita di appetito e di peso come uno dei fattori che merita una specifica attenzione per valutare la gravità di questi quadri psicopatologici: "Altri fattori che necessitano di una specifica attenzione in individui con ASD o PTSD includono […] specifici sintomi neurovegetativi, compresi insonnia o perdita di peso/appetito" (Ursano et al., 2004, p.22). Inoltre, come visto sopra, la stessa guida segnala un legame tra questo disturbo alimentare secondario a traumi e i comportamenti autolesivi (self harming) tipici delle reazioni post-traumatiche. Si può dunque coerentemente concludere che la causa essenziale della grave riduzione dell'apporto alimentare da parte di Cucchi non sia la protesta, ma una importante perdita di appetito secondaria al trauma e parte integrante della reazione postraumatica. Come sottolinea la teste Spencer (infermiera) in un passaggio assai illuminante, Cucchi non dichiara "io non voglio mangiare", semplicemente non mangia o mangia e beve molto poco. **Le ragioni di questa diminuzione di appetito associata a un'altrettanto grave riduzione dell'introito di liquidi sono sia psicologiche sia somatiche, ed entrambe fanno parte del quadro tipico delle reazioni post-traumatiche**: dal punto di vista psicologico è un insieme di sospettosità (idee di veneficio), chiusura in sé con disinteresse per le proprie condizioni, comportamento autolesivo e probabili alterazioni fini dello stato di coscienza con conseguente incoerenza e disorganizzazione dei comportamenti finalizzati. Tutto ciò ha anche un correlato somatico, perché la riduzione dell'appetito è un sintomo neurovegetativo importante condiviso dalla depressione e dai disturbi da Stress, mediato da un complesso insieme di modificazioni neurobiologiche a livello della funzione dei sistemi e a livello neurochimico. Uno studio interessante ha trovato che comparando gruppi di sopravvissuti a catastrofi, coloro che avevano sviluppato un quadro di stress post-traumatico, addirittura anche solo sub-sindromico, presentavano livelli ematici aumentati di leptina, un ormone che regola appetito e peso, riducendoli (Liao et al.,

2004). Da questo studio risultava che questo aumento della leptina era correlato a un quadro caratterizzato da tendenze paranoidi, sintomi di ansia e sintomi di depressione. Non abbiamo un dato che attesti i livelli ematici di leptina in Cucchi, però la sua sintomatologia è quella che ci si aspetterebbe in base alle caratteristiche individuate nello studio.
In sintesi, dunque, **la riduzione dell'appetito – con insufficiente assunzione di cibo e liquidi e conseguente drammatica perdita di peso – rappresenta una reazione ampiamente prevedibile in una situazione traumatica ed è del tutto coerente con la specifica sintomatologia somatica successiva ad eventi estremi come la tortura e la violenza intenzionale.**

Bisogna inoltre considerare che la sintomatologia post-traumatica appena descritta si innesta in un paziente come Cucchi che già manifestava uno stato nutrizionale compromesso. Nel capitolo precedente abbiamo esaminato il progressivo dimagrimento cui va incontro Stefano. Nell'arco di 27 mesi Cucchi perde 10 kg, passando dai 60 kg rilevati ad agosto 2007, ai 56 kg del dicembre 2007 e infine ai 50 kg rilevati al momento dell'ingresso a Regina Coeli il 16 ottobre 2009. Al momento del suo ingresso in carcere Cucchi ha dunque perso il 18% del suo peso ideale di 61,3 kg. Bisogna inoltre ricordare che secondo la deposizione dell'istruttore della palestra dove Cucchi si allenava e praticava la boxe il suo peso già nel settembre 2009 era inferiore a 50 kg. A questo proposito nella perizia medico legale si legge quanto segue:

> Nel tardo 2009 al sig. Cucchi viene diagnosticato un morbo celiaco che comporta malassorbimento di macro e micronutrienti (vitamine, elettroliti-potassio), perdita di peso, anemia e osteopatia metabolica, cui si aggiunge un certo grado di anoressia multifattoriale (probabilmente anche legato agli effetti anoressizzanti dei farmaci e delle sostanze abitualmente consumate), oltre che forse in parte volontaria: egli vuole infatti rientrare nella categoria dei pesi mosca al limite dei 50 kg, secondo la deposizione del cognato Di Paolo del 18.1.2012. Pure l'istruttore Palmisano nella deposizione del 05.4.2012 segnala al settembre 2009 un evidente spiccato dimagrimento (peso < di 50 kg). *(Perizia medica collegiale, pag. 90)*

L'intenso stress traumatico provocato dalla violenza subita rappresenta dunque un momento di drastica rottura del fragile equilibrio su cui si basano la condotta alimentare e lo stato nutrizionale di Stefano Cucchi. L'inappetenza, in concomitanza con altre reazioni post-traumatiche come la chiusura e la sospettosità, e il conseguente rifiuto del cibo manifestati dal paziente durante tutto il ricovero al Pertini hanno poi un ruolo decisivo sull'evoluzione della sindrome da inanizione e sulle sue estreme conseguenze.

L'ipotesi - sostenuta dalla difesa di alcuni imputati e accolta dalla Corte d'Appello (pag. 62 delle Motivazioni) - che al momento dell'ingresso in carcere il peso di Cucchi fosse in realtà inferiore rispetto ai 50 kg documentati non cambia i termini della questione e cioè il fatto evidente che il trauma ha improvvisamente rotto una *omeostasi nutrizionale*

che già presentava diversi elementi di criticità. Può semmai accentuare il livello di vulnerabilità di partenza in cui si inserisce la *drastica discontinuità* prodotta dell'evento traumatico. Se prendiamo infatti in considerazione l'ipotesi che il peso all'ingresso in carcere fosse effettivamente di 50 kg, le condizioni di partenza di Stefano Cucchi erano quelle di uno stato di magrezza lieve secondo i criteri dell'OMS. Se si accetta invece la tesi che il peso iniziale (16 ottobre) fosse in realtà inferiore, in un range che va dai 49 ai 44 kg (dato quest'ultimo sostenuto da alcuni consulenti tecnici della difesa[18]), le condizioni di partenza sarebbero quelle di uno stato di magrezza di gravità moderata. **Il dato inoppugnabile resta quello di una drastica riduzione di peso nel periodo intercorso tra l'ingresso a Regina Coeli e il decesso**. Al momento della morte, infatti, Stefano Cucchi pesava 40 chili con un IMC di 14,7 kg/m2 indice di uno stato di magrezza di gravità estrema.

[18] Dottor Giuseppe Vetrugno.

CAPITOLO 7

CONCLUSIONI

Non è possibile comprendere la tragica vicenda di Stefano Cucchi senza prendere in considerazione, oltre alla violenza fisica, la dimensione psicotraumatica e la gravità delle sue conseguenze: questa, in sintesi, l'evidenza che emerge dalla nostra indagine.
Alla luce di quanto esposto, si può concludere senza esitazioni che, in conseguenza dell'aggressione violenta di cui è stato vittima, Cucchi ha sviluppato una grave reazione psicopatologica post-traumatica. Questa è stata caratterizzata da un insieme di sintomi tra cui una serie di alterazioni neurovegetative come l'iporessia (riduzione del senso di fame) che, in concomitanza con altre reazioni post-traumatiche come la chiusura e la sospettosità, è stata determinante nel provocare una severa riduzione dell'apporto alimentare e una conseguente drastica perdita di peso. Ciò in un paziente che, per il suo stato nutrizionale, si presentava già vulnerabile al momento dell'arresto. Esiste pertanto un'evidente catena causale che collega l'aggressione, il trauma psichico e la sindrome di inanizione, la quale ha provocato – in modo esclusivo o in concausa - la morte di Stefano Cucchi. In altre parole le violenze subite da Stefano sono state il *primum movens* che ha portato a una sequenza di eventi patogeni terminata solo con il decesso del paziente. Nel caso Cucchi le conseguenze del trauma psichico, *le spine nello spirito,* hanno avuto effetti ancora più profondi e devastanti delle ferite provocate dalle lesioni fisiche.

E' così possibile ricostruire la serie di eventi che ha portato alla morte di Stefano Cucchi:

1) Dopo essere stato arrestato e prima di giungere all'udienza, Stefano Cucchi è certamente vittima di un'aggressione: viene percosso o è comunque sottoposto a violenza intenzionale, così come riconosciuto dalle Motivazioni della sentenza d'appello.

2) Dalla ricostruzione dei fatti è altamente probabile che l'aggressione abbia avuto luogo nel periodo intercorso tra la fine della perquisizione domiciliare (ore 2.00 del 16 ottobre) e la chiamata del 118 da parte del carabiniere di guardia nella caserma di Tor Sapienza (ore 4.30 del medesimo giorno). E' inoltre possibile ipotizzare che prima dell'udienza di convalida abbia avuto luogo un'ulteriore aggressione fisica, come testimoniato dal teste Samura Yaya (si veda il capitolo 3 per le ragioni che, in difformità dalle sentenze di primo grado e d'appello, ci fanno propendere per un riconoscimento di affidabilità del suddetto testimone).

3) In conseguenza dell'aggressione, Cucchi riporta, oltre a probabili lesioni minori, certamente lesioni contusive importanti in regione frontale sinistra e

parieto-temporale destra e una frattura in regione sacrale (S4). La presenza di una concomitante frattura alla terza vertebra lombare (L3) è sostenuta dai consulenti tecnici delle parti civili.

4) In conseguenza della violenza subita, Cucchi non solo riferisce vivi dolori a livello sacro coccigeo in corrispondenza della frattura sacrale, ma anche alla schiena, agli arti inferiori, mal di testa e dolori generalizzati.

5) Nelle ore susseguenti all'episodio (o agli episodi) delle percosse Cucchi inizia a manifestare diversi sintomi e comportamenti provocati dal trauma psichico innescato dalla aggressione subita: sofferenza psicologica intensa e prolungata e marcate reazioni psicofisiologiche quando esposto ad aspetti che simbolizzano o ricordano il trauma subito; incapacità di ricordare con coerenza l'episodio delle percosse ed evidente volontà di non parlare dello specifico evento; persistente condotta ritirata ed evitante; ipervigilanza e sospettosità simil-paranoidea, con diffidenza e paura nei confronti dei rappresentanti dell'autorità, medici compresi; umore deflesso; comportamento irritabile, aggressività verbale e manifestazioni di rabbia; disinteresse nei confronti di se stesso e della propria salute e comportamenti a rischio; episodi di insonnia; importante diminuzione dell'appetito con perdita di peso; nausea e astenia;

6) Tale sintomatologia è inquadrabile in un **"Disturbo correlato a eventi traumatici e stressanti con altra specificazione" del tipo specifico "Disturbo Acuto da Stress sottosoglia" (DSM-5)**;

7) La sofferenza psicologica di Cucchi è esacerbata dal dolore fisico e da fattori ri-traumatizzanti quali la detenzione (il reparto protetto del Pertini è dotato di celle come un carcere) e l'isolamento, dal momento che gli viene negata la possibilità di comunicare con persone di fiducia;

8) L'importante diminuzione dell'appetito, *la mancata percezione del bisogno primario di alimentarsi*, provocata dal trauma psichico e dal dolore persistente, in concomitanza con altre reazioni post-traumatiche come la chiusura e la sospettosità, ha un ruolo causale determinante sulla condotta alimentare di Stefano Cucchi, caratterizzata da un'assunzione di cibo e liquidi gravemente insufficiente;

9) La condotta alimentare del paziente, con conseguente drammatico calo ponderale, contribuisce in modo decisivo a sostenere una sindrome da inanizione in un soggetto che già al momento dell'arresto risultava sottopeso.

10) Il progredire della sindrome da inanizione, senza la messa in atto di interventi terapeutici efficaci, porta in successione, ad un severo squilibrio

metabolico-elettrolitico, ad un probabile arresto cardiaco aritmico e, infine, alla morte di Stefano Cucchi.

Tale ricostruzione degli eventi patogeni va valutata in un contesto in cui possono aver agito altri fattori causalmente complementari nel determinismo della morte, come quelli, ad esempio, prospettati dai consulenti tecnici di parte civile. In ogni modo, essa riordina in un insieme coerente, completo e leggibile il mosaico degli innumerevoli, e a volte apparentemente contraddittori, dati clinici del *caso Cucchi.*

BIBLIOGRAFIA

Aa.Vv. (2008). *Protocollo di Istanbul. Manuale per un'efficace indagine e documentazione di tortura o altro trattamento o pena crudele, disumano o degradante.* Ufficio Studi Ricerche Legislazione e Rapporti Internazionali Dipartimento-Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, DSM-5*. American Psychiatric Publishing, Washington DC.

Aragona M, et al. (2010). *The relationship between somatization and posttraumatic symptoms among immigrants receiving primary care services*. Journal of Traumatic Stress, 23:615-622.

Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. (2013). *Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study*. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità, 49: 169-175.

Aragona M., Geraci S., Mazzetti M. (2014) (a cura di). *Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Pendragon, Bologna.

Caretti V. e La Barbera D. (2004). *Prefazione all'edizione italiana*. In Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. Traumatic Stress (a cura di). In *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili.* (pp XIII-XIX). Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

Foa E.B., Rothbaum B.O. (1989). *Behavioural psycotherapy for post-traumatic stress disorder*. International Review of Psychiatry, 1: 219-226.

Herman JL. (1992). *Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma.* J Trauma Stress,5:377-391.

Jaspers K. (1964). *Psicopatologia Generale*. Il pensiero Scientifico, Roma.

Laplanche, J. e Pontalis, J.B. (1984). *Enciclopedia della Psicanalisi*, Laterza, Bari.

Liao SC, et al. (2004). *Hyperleptinemia in subjects with persistent partial posttraumatic stress disorder after a major earthquake*. Psychosomatic Medicine, 66:23-28.

Lindencrona F, Ekblad S, Hauff E. (2008). *Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: the impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 43:121-131.

Mazzetti M. (2014). *Strategie di gestione sociale delle vittime di violenza*. In: Aragona M, Geraci S, Mazzetti M. (a cura di*): Quando le ferite sono invisibili. Vittime di tortura e di violenza: strategie di cura*. Pendragon, Bologna, 2014: 45-50.

Mollica RF. (2007). *Le ferite invisibili. Storie di speranza e guarigione in un mondo violento*. Il Saggiatore, Milano.

Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove DM, Brooks R. (2006). *A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas*. Med J Aust, 185:357-361.

Mosca L. (2012). *Reazioni psicologiche e psicopatologiche nei richiedenti asilo sopravvissuti a torture*. In Aa.Vv. *Manuale Maieutics* Consiglio Italiano per i Rifugiati (pp. 16-27).

Nijenhuis E., Van der Hart O. (1999) *Somatoform dissociative phenomena: A Janetian perspective*. In Goodwin J., Attias R. (Eds.). *Splintered reflections: Images of the body in trauma* (pp. 33-65). New York: Basic Books.

Nowak M., McArhur E. (2006). *The distinction between torture and cruel, inhuman or degrading treatment,* Torture, 16: 147-151.

Odgen P., Minton K., Pain C. (2012). *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria.* (pp.XIX-XXIX). Istituto di Scienze Cognitive Editore.

Post R., Weiss S., Smith M., Li H., McCann U. (1997) *Kindling versus quenching: Implication for the evolution and treatment of posttraumatc stress disorder*. In Yehuda R., McFarlane A.C. (Eds.) Psychobiology of posttraumatic stress disorder (pp. 285-295). New York: New York Academy of Sciences

Roth S, Newman E., Pelcovitz D., Van der Kolk B., Mandel F.S. (1997). *Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder*. J Trauma Sress, 10: 539-555.

Sandler J., Dreher J.U., Drews S. (1991). *An approach to conceptual research in psychoanalysis illustred by a consideration or psichi trauma*. International Journal of Psycho-Analisis,18: 133-141.

Santilli G., Accogli L., Pozzi O. (2000). *Universo del corpo*, Treccani.

Schweitzer RD, Melville F, Steel Z, Lacherez P. (2006). *Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees*. Aust N Z J Psychiatry, 40:179-187.

Simpson J., Weiner E. e Press O. (1989). *The Oxford English Dictionary* (2nd ed.). Oxford University Press, Oxford.

Solomon Z., Laor N., McFarlane A,C. (2004). *Reazioni post-traumatiche acute nei soldati e nei civili.* In Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. Traumatic

Stress (a cura di). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili.* (pp.113-124). Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

Ursano RJ, et al. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. American Psychiatric Association, Washington DC.

Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K., Brown D. (2004) *Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 38: 906-914.

Van der Hart O., Nijenhuis E., Steele K. (2005). *Dissociation: An insufficiently recognized major feature of complex PTSD*. Journal of Traumatic Stress,18: 413-424.

Van der Kolk B.A. (1994) *The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress*. Harvard Review of Psychiatry, 1: 253-265.

Van der Kolk B.A., McFarlane A.C (2004). *Il buco nero del trauma.* In Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. Traumatic Stress (a cura di). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili.* (pp. 19-38). Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. Traumatic Stress (a cura di) (2004). *Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili.* Edizioni Scientifiche Ma.Gi.

Van Der Kolk BA. (2005). *Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*. Psychiatr Ann, 35:401-408.

Van Der Kolk BA. (2012). *Prefazione.* In Odgen P., Minton K., Pain C. *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotoria.* (pp.XIX-XXIX). Istituto di Scienze Cognitive Editore.

Young, B.H., Ford, J.D., Ruzek, J.I., Friedman, M.J. & Gusman, F.D. (1998). *Disaster Mental Health Services: A Guidebook for Clinicians and Administrators*. National Center for PTSD, Department of Veteran Affairs.